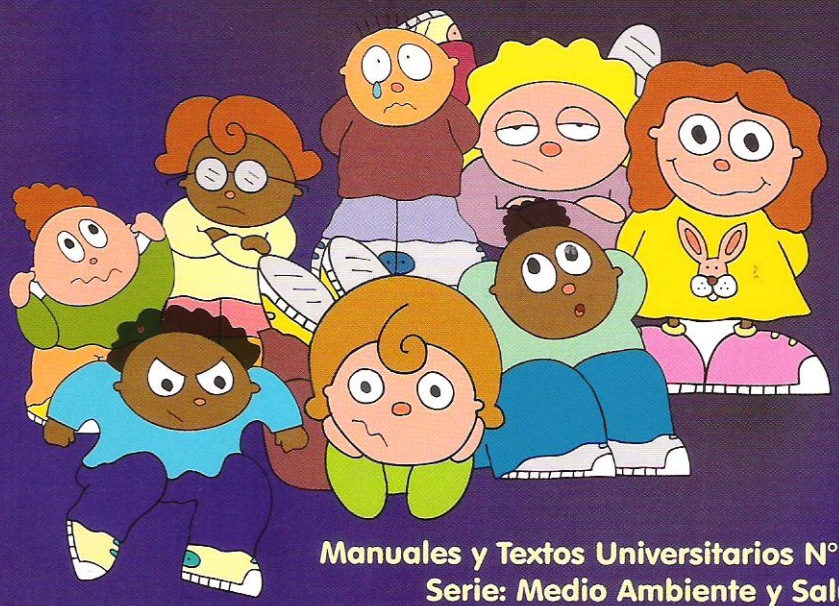
Dennis Cardoze
María Silvia Amaya

TEXTO BÁSICO DE PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA



Manuales y Textos Universitarios N° 17
Serie: Medio Ambiente y Salud

TEXTO BÁSICO

DE

PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

DENNIS CARDOZE C.
Jefe de Docencia del Servicio de
Psiquiatría de Niños y Adolescentes
Complejo Hospitalario Metropolitano
Dr. Arnulfo Arias Madrid
Profesor Asistente Honorario de la
Cátedra de Psiquiatría de la
Universidad Nacional de Panamá

MARÍA SILVIA AMAYA C.
Especialista del Servicio de
Psiquiatría de Niños y Adolescentes
Complejo Hospitalario Metropolitano
Dr. Arnulfo Arias Madrid
Profesora Asistente Honoraria de la
Cátedra de Psiquiatría de la
Universidad Nacional de Panamá

A nuestros padres:

Moses D. Cardoze y Carmela N. Comanto (Q.E.P.D.)

Cirilo Amaya y Rosina Covello

Colaboración especial:

La doctora **Delia I. De Ycaza**, Residente de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental, contribuyó en esta obra con la revisión del tema sobre neurofisiología que aparece en el capítulo 7.

Esta es una versión electrónica de la obra del mismo título que publicó la Editorial Universitaria “Carlos Manuel Gasteazoro” de Panamá en 2005.

CONTENIDO

Página

Introducción ……. 9

Capítulos

PRIMERA SECCIÓN

1. Qué es la Psiquiatría pediátrica …… 10
2. Historia de la Psiquiatría pediátrica……... 19
3. La formación del psiquiatra pediatra…… 39

SEGUNDA SECCIÓN

4. Las necesidades de los niños para un desarrollo normal…… 47
5. Condiciones y causas del enfermar psíquico infantil……... 53
6. La prevención primaria en el campo de la salud mental infantil y juvenil…… 68

TERCERA SECCIÓN

7. Bases neurofisiológicas de las conductas y las emociones……. 78
8. Síntomas y motivos de consulta más frecuentes……... 87
9. Nosología y clasificaciones…… 100
10. Métodos de diagnóstico…… 110

CUARTA SECCIÓN

11. Los tratamientos psicológicos…….. 128
12. Terapias de familia…… 148
13. Los tratamientos farmacológicos…… 161
14. Tratamiento intrahospitalario…….. 180
15. Otros tratamientos…… 186

QUINTA SECCIÓN

16. Los trastornos emocionales…… 191
    - Estados depresivos……... 191
    - Trastorno de ansiedad generalizada…….. 199
    - Fobias…….. 204
    - Trastorno obsesivo-compulsivo…….. 208
    - Ansiedad de separación…… 212
    - Reacciones de estrés…… 214
    - Trastornos conversivos……. 217
    - Trastorno de pánico…… 220
    - Trastorno de despersonalización-desrealización……. 222
    - Trastornos somatomorfos…… 224

- Mutismo selectivo…….. 226
- Trastorno de vinculación en la infancia……. 228

17. Los trastornos de la conducta…… 230
- Trastornos de conducta disocial……. 230
- Trastorno hipercinético…… 242
- Cleptomanía y ludopatía……..... 247
- Trastornos de la conducta sexual……. 248

18. Los trastornos psicóticos…… 250
- Esquizofrenia…….. 250
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios…….. 261
- Psicosis por drogas y orgánicas…….. 263
- Trastorno esquizoafectivo…… 265
- Trastorno bipolar…… 266

19. Los trastornos del desarrollo…….. 270
- Síndrome de autismo……... 276
- Síndrome de Asperger…….. 276
- Síndrome de Rett…….. 278
- Trastorno desintegrativo de la infancia…….. 280
- Retardo mental…….. 282
- Trastornos de aprendizaje…… 288
- Trastornos del desarrollo del lenguaje…….. 292
- Trastornos del desarrollo psicomotor…… 294
- Trastornos del desarrollo sexual…… 296

20. Los trastornos de las funciones psico fisiológicas…….. 298
- Trastornos de la conducta alimentaria……... 298
- Trastornos no orgánicos del sueño…….. 306
- Trastornos no orgánicos de los esfínteres…….. 310

21. Otros trastornos…….. 318
- Trastorno de tics y Gilles de la Tourette…… 318
- Tricotilomanía……. 322
- Trastorno de estereotipias motrices…… 324

SEXTA SECCIÓN

22. Psiquiatría de la primera infancia (de o a 3 años)……..
23. Urgencias en psiquiatría pediátrica…….. 332
24. Psiquiatría pediátrica de enlace…… 346
25. Psiquiatría pediátrica forense……. 357

Bibliografía…….. 380

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría pediátrica es en la actualidad una especialidad universalmente reconocida que cada día adquiere mayor relevancia dentro del campo de las ciencias médicas. Nombres como Pedopsiquiatría, Paidopsiquiatría, Psiquiatría de la Niñez y la Adolescencia, Psiquiatría Infanto-juvenil, Psiquiatría Pediátrica, son equivalentes, designando todos la rama médica dedicada al estudio y tratamiento de los problemas de salud mental del ser humano en crecimiento y desarrollo. Es pertinente reafirmar el hecho de que este proceso evolutivo que conduce desde el nacimiento hasta el inicio de la vida adulta, abarca un período de tiempo de aproximadamente 18 años. Al final del mismo se llega a una cierta estabilidad psicofísica en la persona normal, por lo que en muchos países es entonces cuando se le confiere la categoría de mayor de edad con todos los derechos y deberes que esto conlleva. La Pediatría, ciencia médica que previene, diagnostica y trata las enfermedades del niño, debe, con este argumento, ser la garante de la salud mental de los seres humanos que están comprendidos en ese rango de edad. Nuestra especialidad, siendo pediátrica, también comparte este derecho de acción. Más aún, se ha sugerido que la adolescencia en nuestra sociedad occidental moderna no termina a los 18 años, dada la situación de dependencia tanto económica como emocional en la que se encuentran todavía muchos jóvenes adultos entre esa edad y los 23 años aproximadamente. Si la Psiquiatría Pediátrica debe extenderse hacia esos límites puede ser motivo de discusión, aunque por el momento baste decir que si restringimos nuestra actuación hasta la edad en la que tradicionalmente se considera terminado el período de crecimiento y desarrollo, suficiente labor queda como para mantenernos muy ocupados.

El término de Psiquiatría Pediátrica no debe pues confundir a nadie a menos que se quiera reducir la acción del pediatra hasta los 14 años como se hace en algunas instituciones públicas de nuestro país y otros, lo cual obedece a razones que nada tienen que ver con la biología y psicología humanas. Los psiquiatras de niños y adolescentes somos, con todo derecho, pediatras, como lo son el nefrólogo pediatra, el cardiólogo pediatra o cualquiera otra división de la pediatría. No obstante, y como veremos en uno de los capítulos de este libro donde exponemos el tema ampliamente, no somos una subespecialidad de la Pediatría como no lo somos de la Psiquiatría de adultos.

Por otra parte, el título de “Texto Básico de Psiquiatría Pediátrica”, alude al hecho de que es una obra dirigida a lectores no especializados, pero que de una forma u otra están relacionados con el campo de la salud mental de los menores de edad. Las publicaciones sobre estos temas, ya sean revistas, textos o monografías, son abundantes hoy día y es imposible para cualquiera, incluidos los especialistas, lograr acceso a toda esa literatura, a pesar de que la Internet nos permite ahora alcanzar mayor cantidad de ella. Añadido a esto, está el alto precio que se debe pagar por obras importadas y su demora en ser adquiridas por encargo. No creemos que sean necesarios más argumentos para justificar la publicación de una obra como ésta en nuestro medio. Se beneficiarán de ella médicos residentes de Psiquiatría, de Pediatría, de Medicina Familiar, médicos generales, enfermeras que trabajan en el área pediátrica, profesionales y estudiantes de Psicología, de Educación y especialmente de la educación especial, además de terapeutas inmersos en el trabajo con niños y jóvenes con trastornos mentales y del comportamiento.

Es menester decir que es un libro que trata de exponer los conocimientos que se tienen en la actualidad sobre esta especialidad, pero sin ajustarnos a la costumbre, al parecer ya casi sancionada en el ámbito internacional, de enmarcarnos en una de las nosologías imperantes como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión 10ª, y al Manual de Diagnóstico o DSM norteamericana en su versión 4ª. En algunos capítulos recurrimos a definiciones y pautas de diagnóstico de la primera o CIE-10, pero en términos generales, seguimos una trayectoria más libre y personal, a sabiendas de que puede resultar algo incómodo para algunos especialistas arraigados en la ortodoxia de las clasificaciones establecidas, pero como ya mencionamos, no es a éste tipo de lector al que dirigimos nuestro texto.

Suponemos que los lectores interesados en este libro tienen conocimientos elementales de neuroanatomía, neurofisiología y genética humana, sin los cuales les sería difícil entender algunos aspectos que se relacionan con la etiopatogenia de las enfermedades mentales y de la acción de los psicofármacos. De todos modos, es aconsejable que tengan a mano obras dedicadas a estos temas de manera que puedan consultarlas cuando sea necesario.

Finalmente, y también contrariando un poco un estilo muy habitual que ha impuesto en alguna manera la medicina norteamericana, hemos preferido, en aras de la sencillez y una lectura más fluida, intercalar lo menos posible citas bibliográficas en el texto. Las fuentes bibliográficas de las que nos hemos servido se han dejado para el final de la obra.

Ojalá que con esta publicación podamos llenar el vacío que nosotros, como docentes, sentimos continuamente a la hora de impartir clases cuando nuestros alumnos nos piden que les recomendemos algún libro donde estudiar, viéndose obligados muchas veces a pedirlo prestado a quien sí lo tiene, o a navegar por la Internet donde es posible que se sienta perdido como en un mar agitado por la gran cantidad de información que allí se encuentra.

PRIMERA SECCIÓN

Capítulo 1

QUÉ ES LA PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

La Psiquiatría (gr. psyché = espíritu y iatreia = tratamiento) es una rama de la medicina que tiene como objetivo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos del comportamiento. Es necesaria esta división entre enfermedades mentales y trastornos del comportamiento, pues, aunque en un sentido amplio, todas las patologías de la mente conllevan algún tipo de alteración de la conducta, no sería muy apropiado llamar a todas las perturbaciones del comportamiento “enfermedades”. En todo caso, si aplicamos un criterio dimensional que va de lo normal a lo gravemente patológico, muchos casos de trastornos conductuales no llegan a tener la intensidad necesaria como para adquirir carácter de enfermedad. Así, un niño que muestra problemas de conducta por fallas en el proceso

de disciplina, o que es moderadamente hiperactivo en las aulas de clase, o que tiene una fobia específica (a los perros por ejemplo), no podrían ser calificados de enfermos, a menos que se utilice este adjetivo de manera muy laxa y amplia. Pero siempre nos encontraremos con la dificultad de establecer el límite preciso entre “enfermedad” y “normalidad”. Es pues necesario, mantener el esquema conceptual que establece tres niveles que van desde lo que se acepta como normal en una sociedad o grupo cultural, a lo que constituye una alteración de la conducta o de las emociones que no llega a ser enfermedad estrictamente, hasta los niveles patológicos que sí alcanzan la intensidad suficiente como para ser tenidos como enfermedades.

Es apropiado hacer unas reflexiones sobre las relaciones de la Psiquiatría de adultos y la de niños porque, a nuestro entender, existe un concepto erróneo en el sentido de que la segunda es una subespecialidad de la primera.

La Psiquiatría tiene dos grandes vertientes que son la dedicada a los adultos y la que se dirige a la población pediátrica, establecida ésta comúnmente hasta los 18 años de edad. La primera tiene a su vez dos divisiones que son la Psiquiatría de adultos o segunda edad, y la de ancianos (Gerontopsiquiatría) o de la tercera edad. La Psiquiatría Pediátrica también puede dividirse en dos partes: la de niños hasta el inicio de la pubertad (Lat. pubes = vellosidad) y la de adolescentes (Lat. adolescere = crecer). Estos dos grupos de edad tienen diferencias suficientes como para que puedan ser separados como objeto de subespecialidades.

En las últimas dos centurias, pero mucho más en el siglo XX, se han venido desarrollando áreas de estudio y acción derivadas del tronco común de la medicina, lo que dio lugar al término “especialidades médicas”. Estas especialidades implican reducción y profundidad: reducción porque delimitan un determinado sector como foco de interés, y profundidad porque quienes se dedican a él adquieren entrenamiento, información y experiencias de forma mucho más amplia e intensa.

Con el correr de los años y el aumento vertiginoso de la acumulación de conocimientos científicos y técnicos, se fue haciendo poco menos que imposible para una persona ser experta en todo lo concerniente a una especialidad, por lo que aparecieron entonces las llamadas “subespecialidades”, en las cuales se restringe aún más el campo de la pericia y los conocimientos; se podría decir que el sub especialista es alguien que, parafraseando a Ortega y Gasset, “sabe cada vez más de menos”, aunque conservando los conocimientos básicos de las otras áreas médicas. Así, se considera, por ejemplo, que la Cardiología es una subespecialidad de la Medicina Interna, la que a su vez lo es de la Medicina General. Los cardiólogos además, pueden adquirir mayor entrenamiento en algunos procedimientos de diagnóstico (cardiólogos intervencionistas), que los hacen aún más especializados, lo cual sucede en otras de las llamadas subespecialidades.

No obstante, el prefijo “sub.”, denota inferioridad, estar debajo, por lo que no consideramos apropiado utilizarlo para referirse a estas ramas delimitadas de la Medicina. Como tampoco cabría la utilización del prefijo “súper” que connota demasía o estar por encima. El hábito, consagrado por los años, de utilizar la palabra subespecialidad, quizá haga difícil el que se le deje de aplicar, o incluso que se considere como una cuestión puramente semántica sin mayor relevancia práctica. Pero la realidad es otra, ya que supone cambios importantes en los programas de formación médica y los parámetros que se establecen para conceder las idoneidades por parte de

los estamentos gubernamentales encargados de la salud. Y por otra parte, como es el caso de la Psiquiatría de niños, refleja una mentalidad anacrónica al situarla como subsidiaria de la psiquiatría de los adultos.

Hay especializaciones que claramente requieren del entrenamiento previo en el campo de la Cirugía o de la Medicina antes de dedicarse a ellas, y generalmente son las que estudian y tratan órganos o sistemas determinados como la Hematología, la Nefrología, la Neumología, la Cardiología, la Neurocirugía, la Cirugía Cardiovascular, etc. Estas pueden considerarse como especialidades de segundo nivel. Otras, pueden derivarse directamente de la Medicina General o de la Cirugía, sin que sea necesario un entrenamiento adicional previo de tres años después del internado: Patología, Dermatología, Genética, Fisiología, Anatomía, Salud Pública, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, por mencionar algunas. Puede considerárseles como especialidades primarias o de primer nivel pues en sus programas de entrenamiento se adquiere la formación necesaria.

Por otro lado, la Medicina Interna y la Cirugía tienen otra bifurcación si tomamos en cuenta la población a la que tratan: Medicina Interna o Cirugía de adultos, y Medicina Interna o Cirugía de niños (Pediatría y Cirugía Pediátrica). A su vez, pueden también desembocar en especialidades de segundo nivel: Nefrología Pediátrica, Neurología Pediátrica, Infectología Pediátrica, Neonatología, Cirugía Cardiovascular Pediátrica, etc. Nadie defendería hoy la idea de que la Medicina Interna Pediátrica esté supeditada a la Medicina Interna de adultos y que para su estudio haya que especializarse primero en esta última. Todo lo que es común a ambas en cuanto a conocimientos y métodos se aprenden en los programas de residencia de cada una de ellas (procedimientos de diagnóstico, de tratamiento, farmacología, epidemiología, etc.).

Por razones de economía de tiempo y de la menor dependencia que tienen algunas especialidades de otras, es por lo que algunas de ellas se consideran autónomas o primarias. No sería útil, por ejemplo, dedicar tres años de entrenamiento en Cirugía para después hacer otros tres o cuatro años de Otorrinolaringología, ya que los procedimientos quirúrgicos que se aplican en esta última se aprenden dentro de los años de residencia, e igual sucede con la Oftalmología. Estas especialidades tienen métodos muy propios que no requieren de la experiencia previa en los que se aplican en otros campos de la Cirugía.

Podríamos decir que una especialidad de primer nivel es aquella que:

1. Se dirige a un campo de la medicina más amplio; o
2. tiene un campo de estudio que está en relación menos directa con otros sistemas u órganos corporales; o
3. tiene métodos muy propios cuyo conocimiento y dominio puede adquirirse en los años dedicados al entrenamiento en ella; o
4. tiene como objeto de estudio y tratamiento un sector muy amplio de la población: adultos, niños y adolescentes, o mujeres exclusivamente como es el caso de la Ginecología y Obstetricia.

Una especialidad secundaria se definiría porque:

1. Tiene un campo de acción más limitado que,

2. está muy relacionado con el funcionamiento de otros órganos o sistemas con los que,
3. comparte conocimientos y métodos.

Del tronco básico que es la medicina brotan ramas principales primarias como la Medicina Interna de adultos, la Cirugía General, la Medicina Familiar, la Pediatría, la Ginecología y Obstetricia, la Patología, la Radiología, la Fisiología, la Anatomía, la Cirugía Pediátrica, la Epidemiología y Salud Pública, la Psiquiatría de adultos, la Psiquiatría de niños y adolescentes, la Otorrinolaringología, la Oftalmología, la Dermatología, la Ortopedia y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación y otras que cumplen con uno o más de las cuatro características enumeradas más arriba. De estas especialidades principales surgen las de segundo nivel, a las que llamamos así por exigir un nivel previo de especialización antes de abocarse a ellas, no por ser menos importantes.

La Psiquiatría es una especialidad primaria porque se dirige a un sector muy amplio que es el del funcionamiento normal y anormal de la mente humana; su campo de estudio y sus métodos no están relacionados directamente con los de otros campos de la Medicina y pueden aprenderse durante los tres o cuatro años de entrenamiento en un departamento de Psiquiatría. No es necesario estudiar primero Medicina Interna para ingresar al estudio de la Psiquiatría. Lo que el psiquiatra debe recordar de sus conocimientos médicos lo repasará durante sus años de residencia cuando rote por algunos servicios de Medicina Interna.. Pero la Psiquiatría es una especialidad que tiene como objeto de estudio y tratamiento la salud mental tanto de adultos como de niños, y en ese sentido la relación entre Psiquiatría de adultos y de niños es la misma que mantienen entre sí la Medicina Interna de adultos y la Pediatría o Medicina Interna de niños.

Es un error histórico el considerar a la Psiquiatría Pediátrica como derivada o dependiente de la Psiquiatría de adultos. ¿Qué argumentos podrían esgrimirse para seguir considerándola como una “subespecialidad” de la Psiquiatría de adultos? Un argumento muy utilizado es que antes de iniciar su entrenamiento en psicopatología infantil, el médico debe haberse familiarizado con los métodos y bases doctrinales de la Psiquiatría llamada “general”. Otra explicación dice que es necesario que se conozca la psicopatología del adulto para poder comprender las influencias negativas que los padres enfermos puedan ejercer sobre sus hijos. Un tercer argumento se basa en que muchos psiquiatras de niños quieren también tratar adultos y por eso deben hacer el período completo de formación en psiquiatría general. Finalmente, algunos sostienen que históricamente la psiquiatría de niños surgió de la general y eso justifica su dependencia de ésta.

Los conocimientos generales que un psiquiatra debe tener al final de su período de formación como las bases de la Psicofarmacología, las teorías de la personalidad, las terapias psicológicas, los patrones normales y anormales de funcionamiento familiar y las modalidades de terapia familiar, los métodos de psicodiagnóstico, las bases biológicas de las enfermedades mentales, la historia de la Psiquiatría, y otros, pueden adquirirse perfectamente en un programa de Psiquiatría de niños y adolescentes que abarque el tiempo suficiente, que por lo general es de tres a cinco años, sin necesidad de especializarse primero en Psiquiatría de adultos.

En cuanto al conocimiento de la psicopatología del adulto que un paidopsiquiatra (Gr. paîs = niño) debe adquirir para comprender mejor las influencias negativas de algunos padres enfermos, o con trastornos de personalidad sobre sus hijos, todo programa de Psiquiatría infanto-juvenil que se precie de completo, incorpora estos conocimientos como veremos más adelante.

En cuanto al tercer argumento, cabría decir que el psiquiatra que desea dedicarse por igual a menores como a adultos, debe tener la opción de prolongar sus años de residencia para completar su entrenamiento en ambas áreas, pero no debe ser obligatoria para aquéllos cuyo interés radica principalmente en los niños y adolescentes.

La Pediatría en su momento estuvo también unida a la medicina general como la Psicología a la Filosofía, pero su separación fue inevitable debido a que ambas se fueron conformando como ciencias autónomas. Lo mismo sucede con la Psiquiatría de adultos y la de niños. Sin contar con el hecho de que a la formación de esta última contribuyeron otras disciplinas como la Pediatría, la Psicología, la Sociología y la Pedagogía.

No existe ninguna razón de peso para considerar que la Psiquiatría de adultos tenga preeminencia sobre la de niños, ni siquiera para ser llamada “general”. En todo caso de utilizar este adjetivo, entonces en la formación del psiquiatra general debe darse el mismo tiempo al estudio de la psicopatología de niños y adolescentes que a la de adultos para ser equitativos, y así hacer justicia a una población de menores que en la mayoría de los países alcanza una proporción cercana a la mitad (entre 40 y 50% sobre todo en las naciones del tercer mundo que son la mayoría en la actualidad). En nuestro país es de alrededor de un 42 a 43%. Todo lo concerniente a la psicopatología y los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos en menores de edad es también Psiquiatría con el mismo derecho que la de adultos, como también es Pediatría por tratar con personas en desarrollo. Ahora bien, si la Psiquiatría llamada general no da cabida por igual a la Psiquiatría de niños y adolescentes y solamente le dedica una pequeña parte de su período de residencia (4 a 5 meses), entonces debe aceptarse que la especialización médica en salud mental tenga dos ramas primarias o principales independientes una de la otra (aunque relacionadas): la Psiquiatría de adultos y la Psiquiatría de niños y adolescentes.

Otra razón importante para no tener a la Psiquiatría de menores supeditada a la de adultos, es que la mayoría de las entidades psicopatológicas se originan, ya sea exclusivamente o con frecuencia, en los años del desarrollo. Si echamos un vistazo a la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la Organización Mundial de la Salud, podremos comprobar lo antes dicho. Patologías que se diagnostican siempre en la niñez o adolescencia son:

- Retraso mental (F 70-79).
- Trastornos del desarrollo psicológico (F 80-89).
  - Del habla y del lenguaje.
  - Del aprendizaje escolar.
  - Del desarrollo motor.
  - Del desarrollo mixto.
  - Generalizados del desarrollo (Autismo, Asperger, Rett y otros).
  - Otros.

- Sin especificación.

- Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y la adolescencia (90- 98).
  - Hipercinéticos.
  - Disociales.
  - Disociales y de las emociones mixtos.
  - De las emociones de comienzo habitual en la infancia.
  - Del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
  - Trastorno de tics.
  - Otros trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia:
    -- Enuresis no orgánica.
    -- Encopresis no orgánica.
    -- De la conducta alimentaria.
    -- Pica.
    -- Estereotipias motrices.
    -- Tartamudeo.
    -- Farfulleo
    -- Oros

Estos trastornos de inicio exclusivo en la infancia y adolescencia que van desde la F 70 a la F 98 constituyen un 33% del total de las patologías clasificadas.

Otros trastornos que no son exclusivos de la niñez o adolescencia pero que se dan a menudo en esas etapas de la vida son:

- Trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicotropas (F 10-19).
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y de ideas delirantes F 20-29).
- Trastornos del humor (afectivos) (F 30-39).
- Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F
- 40-49).
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores
- somáticos (F 50-59).
- Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (F 62)
- Trastornos de la identidad sexual (F 64).

Las entidades arriba mencionadas abarcan 52 categorías que hacen algo más de la mitad de las clasificadas. Así, un 85% de las patologías de la CIE-10 se dan en las etapas de la minoría de edad, razón de más para que puedan ser estudiadas directamente en la formación del paidopsiquiatra, sin necesidad de hacerlo en un período previo en psiquiatría de adultos. Se puede añadir que los que se forman como psiquiatras de adultos no llegan a estudiar, o lo hacen muy superficialmente, ese 33% de patologías que son exclusivas de la niñez y la adolescencia.

Otros temas importantes que son propios de la Psiquiatría Pediátrica y que no se estudian en la formación del psiquiatra de adultos son:

- Psicología del desarrollo.
- Pediatría (especialmente Neurología, Endocrinología, Genética, enfermedades
- crónicas del niño).

- Problemas relacionados con la educación familiar y escolar.
- Métodos terapéuticos en su aplicación a niños.

No es necesario agregar más para darse cuenta del derecho que tiene la Psiquiatría de niños y adolescentes a ser una disciplina científico-médica independiente, o en otras palabras, una especialidad primaria o de primer nivel, a la cual se debe acceder directamente sin pasar por un entrenamiento previo en Psiquiatría de adultos o en Pediatría. Existen las opciones de que se pueda ingresar a ella después de haber hecho la formación completa en Pediatría o en Psiquiatría de adultos, aunque no deben ni pueden ser la norma que excluya otras posibilidades.

La tendencia moderna en los países del mundo occidental es a ver la Paidopsiquiatría con este nuevo enfoque como veremos en el capítulo que se refiere a la formación del psiquiatra de niños y adolescentes.

Ambas ramas de la Psiquiatría, la de adultos y la de niños comparten aspectos comunes como los métodos de diagnóstico y tratamiento que les son propios, y las relaciones que mantienen con otras disciplinas científicas, como la Psicología, la Sociología, la Antropología y el Arte. En el campo puramente médico, la Psiquiatría de los adultos se vincula más directamente con la Medicina Interna de adultos y la Paidopsiquiatría con la Pediatría.

En relación con la Psicología, nuestra especialidad, a diferencia de la de adultos, tiene una estrecha unión con la Psicología del Desarrollo o Psicología Evolutiva, y no tanto con las teorías de la personalidad. Esta parte de la psicología es a la Psiquiatría de niños y adolescentes lo que las ciencias básicas como Anatomía, Histología, Bioquímica y Fisiología son a la Medicina. Es precisamente la Psicología del Desarrollo la que nos enseña las diferencias entre niños y adultos en el plano bio-psicológico y relacional. De ella se derivan los conocimientos que permiten, a su vez, determinar los niveles de funcionamiento de un niño en comparación al resto de la población de su edad. No se podría aplicar técnicas psicométricas sin un adecuado conocimiento de los mecanismos psicológicos de los jóvenes a las diferentes edades.

Psicometría y Psicología del niño son fuentes que aprovecha el paidopsiquiatra en su tarea de estudio de los trastornos mentales y del comportamiento. Por otra parte, la Psicología Evolutiva tiene planteadas una serie de interrogantes sin que exista ningún sistema teórico que pueda dar explicaciones completas al respecto. Sin embargo, es mucho lo que ya se sabe en esta área de la ciencia, y los manuales modernos incorporan a los conocimientos de las teorías del aprendizaje, las del desarrollo y funcionamiento cognoscitivo a las cuales Piaget ha prestado su genio creador; el desarrollo de las emociones y de las conductas sociales, así como los estudios sobre los patrones normales y anormales de la vida familiar.

Una rama de la Psicología que nace de la unión de ésta con las ciencias biológicas es la Psicofisiología. En ella confluyen principalmente la Neurofisiología y la Psicología, pero con el aporte de otras disciplinas como la Bioquímica, la Física, la Anatomía macro y microscópica y la Anatomía Comparada. De suma importancia han sido los estudios relacionados con el circuito límbico, el hipotálamo y otras áreas cerebrales en sus implicaciones en las conductas emocionales, sexuales, alimentarias, de sueño y vigilia, etc. También son de mucho interés los estudios psicofisiológicos sobre los procesos de atención, memoria y aprendizaje. Es evidente la importancia que la

Psicofisiología tiene para la Psiquiatría tanto de adultos como de niños y jóvenes que se nutren de los resultados de las investigaciones de este tipo.

La Sociología ha influido también grandemente en la Psiquiatría, hasta el punto de que ha habido intentos de explicar la enfermedad mental como un producto de relaciones sociales anómalas. Este concepto de la patología mental, si bien no ha podido demostrar que ésta sea causada puramente por trastornos en las relaciones entre los individuos, y entre éstos y las instituciones sociales, sí ha contribuido a tener una idea integral de aquélla. Hoy sabemos que la enfermedad psíquica y los trastornos de la conducta no pueden comprenderse totalmente con una visión puramente orgánica, que es necesario partir de un modelo psico-bio-social en el cual se integren los procesos biológicos, los psicológicos del individuo, sus patrones de funcionamiento social y sus relaciones con el medio.

Se han realizado estudios sobre el papel del niño en el medio familiar y la sociedad, las actitudes de los componentes de la familia ante un niño psíquicamente perturbado, las relaciones fraternales, el papel de la clase social, de la movilidad geográfica en la génesis de la psicopatología, la violencia en la sociedad, los derechos de los niños, de los enfermos mentales y otras personas con impedimentos, etc. Todos estos estudios han dado interesantes y significativos aportes a la Paidopsiquiatría, y ésta ha tenido que hacer uso de las técnicas de estudio y de asistencia social para afrontar los problemas que le plantean los niños y sus familias. No obstante, es necesario advertir que la Psiquiatría no debe convertirse en Sociología, abusando de las explicaciones que hacen de la sociedad la fuente principal de las alteraciones mentales: lo cultural y lo social tienen una impronta, cada una con matices propios, en la génesis de lo psicopatológico, pero no como causa única o principal.

Por su parte, la Antropología Cultural se apoderó de algunas tesis freudianas para sus investigaciones, existiendo desde entonces una corriente antropológica inspirada en el Psicoanálisis, así como éste se inspiró a su vez en el trabajo de algunos antropólogos (Malinowski, Mead, Benedict y Linton por un lado, y Levy-Strauss por el otro). Los antropólogos culturales o sociales han dedicado sus investigaciones a temas como la sexualidad, la estructura familiar, la violencia, el papel de las instituciones sociales en la salud mental de los individuos, la actitud ante la muerte, etc. Algunos psiquiatras han utilizado los conocimientos aportados por la Antropología Cultural para aplicarlos a la psicopatología del niño y el adolescente (Kardiner, Horner, Sullivan, etc.) con lo que la dimensión cultural del niño cobra una importancia sin precedentes en el ámbito de la Psiquiatría.

El arte en sus diferentes manifestaciones también tiene una relación significativa en la Psiquiatría y especialmente en la de niños y jóvenes. Términos como terapia por medio del dibujo, el Psicodrama, la Musicoterapia y otros se basan en la expresión psicológica a través del arte. El estudio del dibujo de los niños en las diferentes etapas de sus vidas, el significado de sus grabados así como la evolución de la creación pictórica a través del proceso de normalización de su estado psíquico cuando está siendo tratado, son medios utilizados frecuentemente por los terapeutas.

Para quienes defienden el carácter interno de los conflictos psicológicos, el dibujo, la pintura, el modelado con arcilla u otros materiales y el Psicodrama, constituyen medios extraordinarios para el desvelamiento de aquéllos. No solamente es el tipo de trazado, el contenido de los dibujos o pinturas, o la manera en la que el niño se comporta

durante su realización lo que se observa atentamente, sino también el uso que hace de los colores, de los detalles accesorios, sus verbalizaciones sobre la obra que ejecuta, lo que el terapeuta toma en consideración como elementos de análisis e interpretación.

No obstante, las técnicas artísticas no tienen que ser aplicadas necesariamente bajo un contexto interpretativo, sino que sirven también como canalizadoras de las tensiones psíquicas, como medio de establecer vínculos entre los pacientes y sus terapeutas, o como vías para implementar programas de modificación de conducta destinados a reforzar la autoestima del niño. El teatro de marionetas también forma parte de este tipo de terapias especialmente con los niños de más corta edad. Pueden ayudar no solamente a relajar las tensiones del niño sino también a darle mensajes educativos mediante los personajes y las tramas en las que se ven envueltos.

Además de estas disciplinas sociales y el arte, la psiquiatría de niños tiene una fuerte conexión con otra ciencia social: la Pedagogía. El paidopsiquiatra adopta muchas veces actitudes educativas, y el educador se ve a menudo confrontado con problemas que tiene que afrontar de forma psicológica. La psicopatología infantil es en buena parte un problema de educación, entendiendo este término en un sentido etimológico amplio. El interés que suscitó el niño desde hace un par de siglos fue especialmente de tipo educativo. Pero, ya en civilizaciones antiguas como la griega, este tema fue abordado por pensadores como Platón y Aristóteles. En los albores del siglo XX , la preocupación por el mejoramiento de los métodos educativos dio también origen al interés por la educación de los niños subnormales como fue el caso de María Montessori y otros educadores, algunos de los cuales eran, como ella, médicos de formación. Los avances en las metodologías educativas fueron de la mano con los que se daban en las investigaciones sobre psicología infantil y las teorías del aprendizaje, y todos juntos contribuyeron también a formar el cuerpo de conocimientos de nuestra especialidad.

La escuela puede por otra parte, ser fuente de trastornos emocionales y comportamentales en los jóvenes, así como causa de agravamiento de los que ya existen en ellos, y por tal razón, el psiquiatra que se ocupa de los menores de edad no puede desinteresarse por lo que en ella sucede y por los métodos pedagógicos que se practican. De hecho, gran parte de los problemas que atendemos en nuestras consultas se relacionan de alguna manera con la escuela.

Pero la educación no se limita al ámbito de la pedagogía como hoy se entiende, sino que la trasciende para proyectarse a la familia, a la sociedad y a la actividad clínica diaria. La vida cotidiana del niño es educación constante: aprende unos modos de comportamiento en su medio que pueden ser de signo negativo o positivo, antisociales o pro sociales. La corrección de estas conductas seguirá muchas veces un modelo psicológico-pedagógico.

Además, la Paidopsiquiatría, incluso en aquellos casos en los que la labor meramente educativa da paso a una más médica y clínica, también hace uso de ciertos métodos educativos. La relación que el terapeuta establece con sus pacientes y con los familiares es muy frecuentemente de esta índole.

Capítulo 2

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

Según Leo Kanner antes del siglo XX no había nada que pudiese considerarse como psiquiatría de niños. La atención hacia los niños como personas con necesidades distintas a las de los adultos, y con problemas también diferentes, había empezado muchos años antes, especialmente después de la Reforma, aunque con fines más pedagógicos y moralizadores que médicos o científicos. Hubo que esperar hasta que el niño se convirtió en objeto de la curiosidad científica a mediados del siglo XIX con Darwin, para que de alguna manera se pudiera hablar de los orígenes de un estudio del mismo de acuerdo a cierta metodología objetiva.

Shaw dice que "a finales del siglo XIX los niños psicóticos eran considerados todavía con repulsión y desconfianza, y recibían el calificativo de dementes. La etiología se expresaba en términos como el de exceso de trabajo, estudio excesivo y degeneración moral". Despert por su parte concluyó después de un estudio histórico que los trastorno emocionales del niño son un fenómeno del siglo XX. Ella no encontró evidencias de que antes del siglo en mención haya existido el concepto de enfermedad emocional como se entiende hoy en relación al niño.

Desde los últimos años del siglo XIX y primeros del XX se dieron una serie de hechos que influyeron directa o indirectamente en el desarrollo de la psiquiatría y la psicología de niños. Estos hechos fueron:

1. El desarrollo de las pruebas psicométricas por Binet y Simon en Francia.
2. El desarrollo de los conocimientos sobre psicología evolutiva a partir de observaciones directas de niños.
3. La creación de tribunales de menores y leyes de protección a la niñez.
4. El estudio y tratamiento institucional de los delincuentes juveniles.
5. El movimiento de higiene mental impulsado por Beers en los Estados Unidos de Norteamérica.
6. La aparición de la escuela activa y la educación especial con Montessori en Italia y Decroly en Bélgica.
7. La obra de Freud.
8. El tratamiento psiquiátrico de los niños.

Wilhem Thierry Preyer fue, en 1882, uno de los pioneros de la psicología infantil con la publicación de su libro "Die Seele des Kindes" (El alma del niño). Su obra trataba del desarrollo de los sentidos, de la voluntad y del intelecto del niño en base a observaciones realizadas directamente a su propio hijo de 4 años. Junto al alemán Preyer, James Sully, catedrático de la Universidad de Cambridge, es también considerado pionero en el estudio científico de la psicología infantil con sus "Studies of Childhood" aparecido por esos años. Una de sus principales tesis era que el niño trae una rebeldía innata que le hace resistirse a la represión de su libertad: la libertad en él es un impulso natural.

El primer manual sobre psiquiatría de niños se debe a Herman Emminghaus en 1887: "Die Psychischen Storung des Kindesalters" (Trastornos psíquicos de la niñez). Se publicó como tomo aparte del "Manual de las Enfermedades Infantiles" de Gebhard.

En esta obra el autor distinguía las enfermedades mentales de los niños de las de los adultos y dividía las psicosis según fuera su causa física o social. Este libro es citado como el primer intento sistemático y serio en este campo.

En 1888, Paul Moreau de Tours publicó “La Follie chez les Enfants” (La locura en los niños). Afirmaba que los niños pueden ser afectados por la locura, pero según dice Aubin, abusó de las nociones de herencia, de degeneración y así como de una extensión excesiva del cuadro de imbecilidad y de “sencillez de espíritu”. Defendía la tesis de la degeneración según la cual existe una progresión que iniciándose en el temperamento nervioso continua con la neurosis, la psicosis y posteriormente la oligofrenia y el fin de la descendencia.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Stanley Hall impulsaba el estudio científico de la Psicología siendo el primero que utilizó la técnica de los cuestionarios. Fue profesor de Psicología y Pedagogía en la Universidad John Hopkins desde 1883, y con sus ideas ayudó a establecer un sistema de enseñanza basado en la psicología del desarrollo del niño. Publicó un estudio sobre las mentiras de los niños en 1882 y otro sobre los contenidos de la mente infantil en 1883. Su obra cumbre fue “Adolescence: its Psychology and its Relations to Psychology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education”. La adolescencia era para él una etapa en la que la vida gira de una base auto céntrica a otra hetero céntrica. Bajo la influencia de la teoría de la recapitulación de Heckel, expuso su idea de que las etapas del desarrollo del niño corresponden a las que ha atravesado la Humanidad desde el surgimiento del hombre primitivo. Otra de sus teorías era la del crecimiento por brotes y citaba en apoyo de la misma, el surgimiento de la sexualidad en la pubertad.

En 1889, Abraham Jacobi un pediatra alemán emigrado a los Estados Unidos de Norteamérica, defendía la necesidad de utilizar los conocimientos de la Psiquiatría en la especialidad de Pediatría. Esto tiene interés si se toma en cuenta que en aquella época la Psiquiatría de niños no tenía ninguna consistencia, y solamente algunos psiquiatras se ocupaban de escribir sobre trastornos mentales de los menores. Otros pediatras que sintieron la urgencia de hacerse de conocimientos en materia de psicopatología infantil y que escribieron al respecto fueron: Rachford que escribió “Neurotic Disorders of Childhood” en 1905; Guthrie con su libro “Functional Nervous Disorders in Childhood” en 1907; y Czerny quien publicó “Artzaes Erzichen des Kindes” en 1908. Leonard Guthrie, ya mencionado, insistió en la importancia de poner más interés en la personalidad del niño y en su entorno. Se opuso a la tendencia a culpar siempre a los padres por los problemas de sus hijos, y en cierta forma, fue el primero en hablar de los problemas psicológicos de los niños hospitalizados, cuando afirmaba que un niño prefiere estar con su madre pobre, inculta o borracha, antes que en un confortable y feliz hospital. Sus reglas de oro para el tratamiento de los niños emocionalmente enfermos tuvieron poco impacto entre los médicos de su época.

En 1904 el Ministerio de Instrucción Pública de Francia creó una comisión para estudiar los problemas de los niños llamados anormales. El objetivo era identificar a esos niños para destinarlos a secciones educativas especiales. De esa comisión era parte Alfred Binet quien con Theodore Simon, médico y psicólogo también francés, desarrollaron una batería de pruebas para medir la inteligencia de los niños en forma objetiva. El resultado de su trabajo apareció en « Methode Nouvelle pour le Diagnostique du Niveau Intellectuel des Anormaux « (1904) y « Mesures du Developpment de l’Inteligence chez les Jeunes Enfants » (1908). Una de las

innovaciones de Binet y Simon fue la de utilizar niños de edades equivalentes como referencia; y otra fue la introducción del concepto de nivel intelectual. En 1908 hicieron una revisión en la que la establecieron la división por edades para colocar las sub pruebas en los grupos correspondientes a cada edad. La “Escala Métrica de la Inteligencia” como la llamaron sus autores se extendió rápidamente por varios países aunque en Francia no tuvo mucha acogida inicialmente.

Emil Kraepelin (1856-1926), otro alemán oriundo de Neustrelitz, una aldea cercana al mar Báltico, y quien escribió uno de los textos de psiquiatría más importante de las primeras décadas del siglo XX, describió lo que llamó la “dementia praecox” (demencia precoz), refiriéndose con este término a ciertas psicosis de la adolescencia y a los que otros como Moreu de Tours ya se habían referido. Se trata de un grupo de trastornos de etiología común, desarrollo también común e inevitable, con inicio en la adolescencia y que abocan a un deterioro progresivo. Para él se trataba de una tipo de psicosis endógena con causa hereditaria, las cuales a su vez, causan trastornos orgánicos que llevan a ese tipo alteraciones mentales.

También por estos años iniciales de la centuria pasada, el italiano Sancte De Sanctis en 1906 hizo la primera descripción de la “demencia precocísima” que incluía una variedad de demencia precoz que se da en individuos prepuberales. Este tipo de psicosis tiene una sintomatología análoga a la que se da en las formas catatónicas. Y en 1909 Heller describió una forma particular de demencia infantil que tiene su aparición hacia los tres o cuatro años en niños previamente sanos. Según Heller, este tipo de demencia se diferencia de la demencia precoz por un rostro más expresivo, una alteración más discreta de la atención y la persistencia de la emotividad. Evoluciona hacia un estado de estupidez con dos características: buen estado general y rostro inteligente.

En el período que nos ocupa, los jóvenes delincuentes empezaron a ser objeto de un tratamiento legal diferente debido a los movimientos filantrópicos que defendían la necesidad de no perjudicar el desarrollo de los menores con métodos represivos aplicados a los adultos. Se crearon tribunales especiales para jóvenes que contaban con asistencia de psicólogos. Los primeros tribunales para tal efecto se crearon en Australia en 1895, en Chicago en 1899, en Colonia, Alemania, en 1907 y en Wurtemberg, Baviera y Sajonia en el mismo país en 1908, en Portugal en 1911 y en España en 1918. Fue en este último país donde se promulgó la primera ley de protección a la infancia en 1904 apareciendo su reglamento en 1908. En este mismo año se votó en Inglaterra la ley conocida como “Children Act”. Leyes similares contenidas en el Código Civil se crearon en Suiza en 1907.

En la segunda década del siglo XX se abrieron los primeros centros de reeducación para delincuentes en los EE.UU., surgieron hogares para niños en peligro moral y aumentaron las escuelas especializadas de enseñanza individual. Elmer E. Southard y Mary Jarret establecieron las funciones de la asistente social psiquiátrica dentro del grupo de protección infantil psiquiátrico del Hospital Psicopático de Boston. Por otra parte, Heller en Austria y Hauselman en Suiza impulsaron la “heilpëdagogic”, movimiento que intentaba introducir en la educación la preocupación por los problemas de la niñez.

Clifford Beers, un graduado de la Universidad de Yale y hombre de negocios de Nueva York, después de haber estado internado en un hospital por causa de una

depresión, se interesó por los problemas de la salud mental y escribió en 1908 un libro titulado “A Mind that Founds Itself” (La mente que se encontró a sí misma), iniciando con él un movimiento que fue llamado, por sugerencia del psiquiatra Adolf Meyer, “Higiene Mental”. Beers fue nombrado presidente vitalicio del movimiento y organizó la Sociedad de Higiene Mental en Connecticut en 1908, el Comité Nacional de Higiene Mental en 1909, y la Fundación Americana para la Higiene Mental en 1936. Este movimiento tuvo una repercusión importante en la psiquiatría tanto de adultos como de jóvenes.

En enero de 1907, la psiquiatra italiana María Montessori que además había estudiado filosofía y psicología, organizaba en Roma una escuela para niños pequeños, “La Casa dei Bambini”. Este fue el inicio de una revolución educativa que luego se extendería a niños subnormales. Montessori sostenía la tesis de que el niño tiene derecho a desarrollarse con sus propios recursos y a través de la exploración activa del medio. Así surgió el método activo de educación. Según ella al niño hay que guiarlo en esa exploración y no reprimirlo como es costumbre en la educación tradicional. Creía en la existencia de períodos sensitivos en el desarrollo infantil fundamentales para el proceso educativo, siendo una de las labores importantes del educador el saber reconocer esos períodos en cada niño y disponer el ambiente de modo que pueda aprovecharse para el aprendizaje.

Ovide Decroly, médico neurólogo y psiquiatra fundó en 1901 el Instituto de Enseñanza Especial para niños irregulares en Bruselas, Bélgica. Escribió varias obras, algunas en colaboración como: “Algunas nociones generales sobre la evolución afectiva de los niños”, “La iniciación a la actividad intelectual y motriz por medio de los juegos educativos”, “La práctica de los test mentales”, etc. Su método se basa en los llamados “centros de interés”. La observación, la asociación y la expresión son los tres aspectos de estos centros de interés. En torno a un tema de estudio elegido por el niño, se agrupan una serie de nociones que deben aprenderse en base a estos tres aspectos mencionados. Por la observación el niño se hace consciente de los fenómenos, por la asociación logra reunir los conocimientos afines, y por la expresión los conocimientos adquiridos se hacen comunicables.

La figura relevante de principios de siglo en el campo de la psiquiatría fue sin duda Sigmund Freud (1856-1938). Obtuvo el título de Médico en 1881 y en 1885 estudia en Hospital La Salpétriere de París con el neurólogo Jean Martin Charcot, quien a la sazón se interesaba por el fenómeno de la histeria. De regreso a Viena donde residía, Freud se dedicó a seguir el estudio de pacientes histéricos iniciando así una serie de trabajos que dieron lugar al desarrollo de las teorías y técnicas terapéuticas psicoanalíticas. En su intento por desarrollar una teoría de la personalidad y sobre el origen de las neurosis, Freud adoptó como fundamento la existencia de una energía libidinal, entendiendo por tal, la fuerza por la que el instinto sexual es representado en la mente. Esta energía debe atravesar un proceso de desarrollo para lograr su forma acabada en el adulto, proceso que se inicia en la infancia y pasa por cinco etapas: oral, anal, fálica, de latencia y genital.

En la fase oral la boca es el centro de la actividad erógena y la madre quien proporciona los alimentos y la fuente de placer por medio de la succión del seno, se convierte en el primer objeto de amor. En la fase anal la excreción es la fuente de placer y las heces en el objeto de amor ambivalente, pues son amadas y retenidas, o son odiadas y expulsadas. La fase fálica que va desde los tres hasta los seis o siete

años, es el período en el que el niño siente un interés erótico por su madre y el deseo de poseerla (Complejo de Edipo), lo que a su vez le genera temor al padre ya que éste puede tomar represalias cortando su pene (Complejo de castración). En el caso de las niñas el objeto amoroso es el padre (Complejo de Electra). Este es el momento en el que la niña descubre la ausencia de pene en ella, siendo el apego al padre el deseo de tenerlo, o de tener un niño que compense esa pérdida del órgano sexual masculino: es la envidia del pene en la niña.

En la fase de latencia los niños experimentan una relativa calma en sus impulsos sexuales y se identifican con el padre del propio sexo. Esta fase dura hasta entrada la pubertad (11 a 13 años). La última etapa, la genital, reaviva los conflictos de las primeras (los deseos incestuosos) y el joven debe acabar de resolverlos pasando a una madurez definitiva, estableciendo relaciones afectivas y sexuales con personas de sexo opuesto. Freud expuso su teoría sobre el desarrollo de la libido en “Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad” en 1905.

En 1900 en su libro “La interpretación de los sueños”, Freud postuló lo que se conoce como teoría topográfica que divide la mente en tres niveles: el inconsciente, el preconsciente y el consciente. El primero contiene deseos que buscan su realización. Es un proceso primario de pensamiento que tiene la finalidad de satisfacer las descargas instintivas y está estrechamente ligado al principio del placer. El inconsciente contiene ideas y afectos que tratan de alcanzar la conciencia. El preconsciente es un nivel intermedio, es el proceso secundario ligado al principio de realidad y ejerce la represión sobre los impulsos inconscientes ajustando estas tendencias a las exigencias del mundo externo. El consciente es el nivel que nos permite relacionarnos con el mundo exterior y está conectado estrechamente al preconsciente.

En “El Ego y el Id” aparecido en 1923, el fundador del psicoanálisis presentó la estructura del aparato psíquico formada por el “ello”, el “yo” y el “superyó”. El ello es la parte más antigua y se relaciona con las tendencias innatas, especialmente las instintivas; responde solamente al placer y desconoce las exigencias de la realidad; su actividad es totalmente inconsciente. El yo lo definió Freud como “la organización mental que se interpone entre los estímulos sensoriales y la percepción de sus necesidades somáticas, por una parte, y sus actos motores por otra, y que media entre ellos”. Es el encargado de la de la organización de la personalidad y de mantener el equilibrio entre las demandas del ello, del superyó y la realidad. El superyó contiene normas y prohibiciones interiorizadas y aprendidas por un proceso de identificación con los padres y otras personas importantes en la vida del sujeto, dirigiendo desde dentro sus acciones. Un yo fuerte, bien organizado, y que logra la armonía entre las tres instancias (realidad, ello y superyó), es la base de una personalidad sana. Cuando el yo se debilita o se desorganiza debido a demandas excesivas del superyó o de ello que no logra controlar, entonces la persona se puede abocar a un estado psicótico o neurótico.

Freud no trabajó directamente con niños o adolescentes pero sus teorías sentaron las bases para que algunos de sus discípulos, incluida su hija Anna, iniciaran el trabajo analítico con ellos. No obstante, elaboró una concepción del desarrollo infantil y las patologías derivadas de conflictos originados durante ese proceso.

Uno de los discípulos de Freud fue Alfred Adler (1870-1937) quien poco tiempo después se separó de su maestro por discrepancias teóricas. En 1919 expuso su incipiente teoría del complejo de inferioridad, manifestando que el niño se siente débil e inferior en relación al adulto siendo esto fundamental en su desarrollo psicológico. En 1912 después de su separación de Freud formó un grupo denominado "Sociedad para la Psicología Individual". Los adlerianos sostenían que las neurosis deben entenderse como un intento del paciente por liberarse de un sentimiento de inferioridad y ganar un sentimiento de superioridad. Todos los esfuerzos del neurótico son dictados por sus deseos de alcanzar prestigio. Adler afirmaba que los niños deberían ser guiados por los adultos para desarrollar su propia creatividad, un punto de vista muy roussoniano. Su concepto de la labor terapéutica es la de una acción pedagógica en un ambiente de igualdad y atmósfera afectiva. Además de realizar una labor educativa con los padres y los pedagogos, creó la primera clínica de ayuda a la infancia en Viena en 1919. Entre otras obras, cabe mencionar su libro "El niño difícil".

Otro discípulo de Freud que luego tomó su propio rumbo fue Carl G.Jung nacido en Kesswill, Suiza (1875-1961). Estableció el concepto del inconsciente colectivo como "poderoso depósito de experiencia ancestral acumulado durante millones de años, el eco de sucesos prehistóricos y que va aumentando durante cada centuria… contiene imágenes primordiales o arquetipos…". Además aceptaba la idea de un inconsciente más personal y similar al concebido por los freudianos ortodoxos. En 1948 fundó en Zurich el instituto que lleva su nombre y escribió el libro "Conflictos del alma infantil".

Otros acontecimientos acaecidos en los primeros veinte años del siglo pasado dignos de recordar, son la creación de un centro de estudios sobre el desarrollo infantil por Arnold Gesell (Yale Clinic of Child Development); en Burdeos Régis fundaba la primera revista dedicada a la niñez anormal; en 1917 Ziehen exponía en un libro una revisión exhaustiva de todo lo que había sido descrito hasta entonces como psicopatología infantil. Por estos años aparecen también libros como "The Nervous Child" del pediatra Cameron (1919), "Totem y Tabú" (1911-13), "Historia de una neurosis infantil" (1914), "Pegan a un niño" (1919) y "Más allá del principio del placer"(1919-20) todos de Sigmund Freud. En 1911, 1912, 1915 y 1916, se publican revisiones del Test de Binet y Simon por Goddard, Kuhlman, Bridges y Hardwick y Terman y Childs respectivamente. Se da a la luz las obras de Hermine Von Hellmuth, la primera psicoanalista no médico: "La vida psíquica del niño" y "Técnica del análisis de niños". En 1917 Caldwell Cork en "The Play Way" trataba de demostrar que los niños pueden aprender casi todo como parte de su actividad lúdica. Maslin, en 1915 publicaba "L'Enfance des Hysteriques" y en el mismo año Abt describía el caso de una niña con ceguera histérica tratada por medio de la sugestión.

En la tercera década del siglo la atención se centró según Kanner en la familia y la escuela. "La práctica fue enseñando que guiar a los niños no es tratar de comprobar defectos alarmistas, que las perturbaciones infantiles debían ser atendidas porque perturban ahora a los niños y que se podían lograr grandes beneficios atendiéndolos eficazmente en sus problemas diarios. Ampliado de ese modo el horizonte, la higiene mental estuvo, a partir de 1920, en condiciones de ofrecer sus servicios al público".

En otro ámbito, un discípulo de Iván Pavlov, N.I. Krasnogorski escribió sobre la aplicación de los descubrimientos sobre la actividad nerviosa superior en relación a los niños. En 1907 publicó un trabajo llamado "Sobre la formación de los reflejos condicionados artificiales en los niños de edad temprana"; en 1908 "Acerca de los

reflejos condicionados en la infancia"; en 1917 "Sobre la nerviosidad en la edad infantil y las medidas de lucha contra ella"; y en 1927 "Acerca de la patogénesis de las neurosis histéricas en los niños" incluida en un trabajo que denominó "Las enfermedades de los niños".

John Watson (1878-1958), iniciador del "behavorismo" (conductismo), trabajaba en la Clínica Phipps de Baltimore por aquellos años y hacia 1915 dirigió su interés hacia las respuestas emocionales de los lactantes. En sus estudios utilizó las técnicas del condicionamiento a los lactantes para demostrar cómo adquieren las respuestas emocionales. En un famoso experimento utilizó al niño Albert de 11 meses de edad y quien había sido criado en un hospital. Este niño se asustaba cuando oía un ruido fuerte pero no con cosas como máscaras, ratas blancas, etc. Watson condicionó en este niño una fobia a las ratas blancas mediante un procedimiento consistente en golpear una barra metálica, produciendo un gran ruido en el momento en el que Albert intentaba echar mano a una ratita que se le había presentado previamente. El niño se sobresaltó ocultando su cara en el colchón. Una semana después, cuando se le presentó otra vez la ratita, después de dos ensayos previos de condicionamiento, el niño no mostró interés por acercársele y mostraba conductas de evitación.

Una de los casos de la colaboradora de Watson, Mary Cover Jones, el del niño Peter de tres años y medio, llegó a tener tanta celebridad como el de Albert. A Peter se le aplicó un método de desensibilización para eliminarle el miedo a los conejos y las ratas. La doctora Jones combinaba un estímulo reforzante como la alimentación con la aparición del estímulo aversivo (el animalito), que cada día se le iba acercando un poco más a medida que el niño mostraba menos ansiedad. Con estos experimentos se daba comienzo a los que serían después las técnicas de modificación de conducta.

Otra figura importante de este período es August Aichorn (1878-1949), un pedagogo austriaco que en 1925 se había unido al movimiento psicoanalítico de Viena. Estableció dos reformatorios: uno en 1918 en Ober Hallabrunn y otro en 1920 en St. Andra. Escribió "Wayward Youth" en el que advertía que las relaciones de un niño con su padre en un sentido adverso pueden conducir a una "delincuencia latente", la que se convierte posteriormente en delincuencia real si se dan las condiciones externas favorables. Trataba de reestablecer la confianza de sus pacientes delincuentes juveniles en una figura de autoridad que reemplazara la figura paterna perdida, pero dentro de un clima muy afectivo, sin recriminaciones, a base de empatía, y aplicando los conceptos y técnicas del psicoanálisis.

En el mismo año de 1925, Arnold Gesell (1880-1961) publicó su "Escala de Desarrollo Infantil" que ha sido uno de los instrumentos más útiles y conocidos para la evaluación del niño en cuatro áreas importantes: motricidad, lenguaje, hábitos personales y funciones adaptativas. Gesell quién trabajaba en la Yale Clinic of Child Development, hizo varios libros dedicados a la descripción de las conductas de los niños en diferentes edades, y en ellas insistió en el hecho de que cada período del desarrollo deriva del anterior. "El Diagnóstico del Desarrollo" de Gesell y Amatruda fue editado por primera vez en castellano en 1946.

La hija de Sigmund Freud, Anna (1895-1982), trabajó originalmente como pedagoga en Viena. Posteriormente se preparó como psicoanalista y fue una de las fundadores del psicoanálisis infantil. En 1927 publicó "Introducción a la técnica del psicoanálisis en niños" y en 1931 "Psicoanálisis para pedagogos". En 1938 emigró con su padre a

Inglaterra donde se convirtió en una de las dos representantes más importantes del paidoanálisis junto con Melanie Klein de quien hablaremos más adelante. Dos conceptos importantes aportados por ella a la Psicología y la Psiquiatría de niños son los de “líneas de desarrollo” y “desarmonía del desarrollo”. Según el primero, cada niño lleva una dirección particular en el desarrollo de cada uno de los campos del crecimiento psicobiológico. Así, por ejemplo, existe una línea de desarrollo que conduce desde la posición egocéntrica del niño pequeño, hasta la aparición de sentimientos empáticos y de compañerismo en edades posteriores. Estas líneas de desarrollo no son necesariamente regulares pudiendo el niño estar más avanzado en unas y más atrasado en otras, lo que da al crecimiento y desarrollo un carácter irregular. Solamente cuando este desequilibrio se hace muy exagerado se llega entonces al carácter patológico.

Anna Freud pensaba que el niño es un “sistema abierto” en el que pueden darse curaciones espontáneas debido al proceso madurativo racional. Para ella el psicoanálisis infantil solamente estaba indicado en casos de graves neurosis de angustia, mientras que en otros casos, la psicoterapia del niño debía adaptarse a la especial situación de aquél en el seno de su familia.

Melanie Klein (1882-1960) desarrolló la técnica del “análisis precoz del niño”. En 1926 se trasladó a Londres donde aglutinó a una serie de discípulos formando su propio movimiento psicoanalítico. En 1932 publicó “El psicoanálisis de los niños”. Según ella la hostilidad edípica y la culpa existen antes del período comprendido entre los 3 y los 6 años. Consideraba las ansiedades precoces, las depresiones y las vivencias paranoides del lactante como causa de las psicosis posteriores de la vida. La teoría kleiniana sostiene que los primeros meses de la vida son fundamentales para el desarrollo de la personalidad y en ellos se puede sentar las bases de la enfermedad mental futura. Se describe una “posición esquizoparanoide del lactante” en la cual el instinto de muerte, innato, es introyectado por el niño desde una época precocísima; éste conoce la angustia de persecución de un mundo hostil. El pecho materno, el objeto con el que mantiene una estrecha relación, es concebido a un nivel de fantasía como bueno y malo a la vez: bueno cuando lo gratifica y protege de esa angustia, y malo cuando lo frustra y lo abandona. A través de la actividad oral el niño agrede a la madre y posteriormente pasa a la “posición depresiva” en la cual se llena de remordimiento y culpa al hacerse consciente de que él mismo es el instinto de muerte y que ataca a la madre de quien depende.

Otros psicoanalistas que escribieron en estos años de la segunda década fueron Ada Muller-Braun-Schweig quien fue la primera en utilizar el dibujo infantil, la pintura y el modelado como medio de expresión de las emociones conscientes e inconscientes. Vera Schmidt quien en 1924 informaba de su labor en educación de tipo analítico en un hogar infantil de Moscú. En 1927 apareció la obra de Ferenczi “La adaptación de la familia al niño”.

El pediatra Abt dio a conocer su obra de pediatría en la que dedicaba unas doscientas páginas del tomo VII a los problemas psiquiátricos del niño, y en 1928 Jahr decía lo siguiente: “Hay muy pocos textos de Pediatría que den importancia al desarrollo mental o a la higiene mental. Todos los libros clásicos de enfermedades infantiles contienen varias páginas dedicadas a la descripción de los productos farmacéuticos que conviene usar para la alimentación de los niños y apenas unas pocas líneas referentes a la psicología de la infancia y la niñez”. Nos dice Kanner que

antes de 1930 pediatras y psiquiatras intentaron establecer contactos, pero aquellos que inicialmente se mostraron a la expectativa, se volvieron escépticos e impacientes "confundiendo los errores del período experimental de nuestra especialidad con la verdadera disciplina.

Otros libros surgidos entre 1920 y 1929 fueron: "Education: its Data and First Principles" de T.P.Nunn; "The Growth of the Preeschool Child" de A. Gesell; "L'Enfant Turbulent" de H. Wallon; "Die Inteligenz der Kinder und Jugendlichen" (La inteligencia de los niños y los jóvenes) de W. Stern y "Vorlesung Über die Psychopatologie des Kindesalter" (Curso sobre la psicopatología de la niñez) de Homburger.

Lewis M. Terman (1877-1956) de la Universidad de Stanford publicó en 1920 un grupo de pruebas de habilidad mental para niños correspondientes a grados 7º y 12º. Un año después, el psiquiatra suizo Hermann Rorschach (1884-1922) desarrolló el conocido y ampliamente utilizado Test de las Manchas de Tinta o Test de Rorschach. Es un test proyectivo que intenta analizar los contenidos emocionales y la personalidad del paciente mediante las respuestas que da a las láminas.

En 1926 Florence Goodenough del Instituto de Bienestar Infantil de la Universidad de Minnesota, creó, ayudada por Terman, un test de inteligencia por medio del dibujo de la figura humana, que además permite obtener una impresión sobre los aspectos emocionales del niño.

Un hecho muy importante y que a nuestro juicio no se le ha dado el reconocimiento que merece es la creación de la primera cátedra de Psiquiatría de niños en la ciudad de Rosario, Argentina, en 1923. Esta cátedra antecedió en más de dos décadas a las que posteriormente surgieron en Francia y Estados Unidos de Norteamérica. De dirigirla se encargó al doctor Lanfranco Ciampi quien había sido alumno de De Sanctis. Ciampi también organizó en Rosario la Escuela de niños retardados y cursos para sus maestros. En 1936 se encargó además de la dirección de la Clínica de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de Rosario y de la Escuela de Retardados. Acuñó el término peirofrenia para los trastornos caracteriales y conductuales de los niños.

Entre los años 20 y 30 elabora sus teorías el ruso Lev Semenovich Vigostki (1896-1934) cuya obra está adquiriendo creciente importancia en el campo de la educación. Enrique García G. sintetiza sus ideas principales en cuatro puntos: la construcción del conocimiento según la cual los niños construyen paso a paso su conocimiento del mundo de manera activa; la influencia del aprendizaje en el desarrollo que se refiere a los condicionamientos socioculturales que determinan en gran medida las posibilidades de su desarrollo; la educación y el contexto cultural que hace alusión a la influencia de la cultura en la que nos formamos sobre nuestro psiquismo; y el papel del lenguaje en el desarrollo como herramienta mental básica para la transmisión de la información de generación en generación.

Para finalizar esta reseña reproduciremos algunas conclusiones de E. García cuando dice: "Vigotski propuso aplicar el método histórico genético argumentando que los distintos aspectos de la actividad psíquica no pueden ser entendidos como hechos dados de una vez y para siempre, sino como producto de una evolución filo y ontogénica, con la cual se entrelaza – determinándola – el desarrollo histórico cultural del hombre. Su concepción teórica nos permite reflexionar acerca del acto pedagógico, de suerte que abre las puertas a nuevas concepciones que inspiran la creación de

nuevas estrategias para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.” Algunas de sus obras principales de las tantas que escribió fue “El problema de la voluntad y su desarrollo en la edad infantil”, “Pensamiento y Lenguaje” y “Mente y Sociedad: el desarrollo de los procesos psicológicos superiores”.

Retomando al interés que mostraron algunos pediatras por los aspectos emocionales de la niñez, cabe mencionar a Wile quien en 1930 escribió un artículo titulado “The Pediatrician and Behavior Problems of Children” en la revista Archives of Pediatrics. En el mismo año Richards publicó en J.A.M.A. el artículo “Special Psychiatric Problems in Childhood” en el que decía: “Ningún grupo de la sociedad puede pretender la responsabilidad exclusiva de la salud mental de los niños. Esta función debe ser la preocupación activa e inteligente de todas las fuerzas constructivas de la organización social que entran en contacto con el bienestar de los niños”. Un año después, Brennemann en un trabajo que tituló “The Menace of Psychiatry” afirmaba que “no sólo existe una amenaza de la Psiquiatría sino que ya está entre nosotros”. La postura de este autor era de denuncia de la vulgarización de los conocimientos sobre psicología infantil y el abuso de los tests, así como de las actitudes especulativas y dogmáticas de ciertas teorías. Señalaba también que la especialidad de psiquiatría pediátrica que se estaba constituyendo era la llamada a solucionar esos problemas planteados.

En los primeros años de la década del treinta se encargó al psiquiatra austriaco emigrado a los Estados Unidos de Norteamérica, Leo Kanner, la dirección de un Servicio para atender casos psiquiátricos de niños organizado por un pediatra y un psiquiatra: Park y Meyer respectivamente. Eran los inicios de la colaboración, en ese país, entre ambas especialidades de la Medicina, colaboración que tenía que llegar como consecuencia necesaria de una especialidad que se nutre de ambas fuentes. En 1935 Kanner sacaba a la luz su libro “Psiquiatría Infantil”. Unos años después informaría sobre un grupo de niños a los que llamó autistas de lo cual nos ocuparemos posteriormente.

Por otro lado, y siguiendo un curso muy distinto al del psicoanálisis en boga, durante los años de la entre guerra, hubo investigadores que se dedicaron a trabajar en la línea del conductismo. Así, en 1932, Gray recomendaba a los maestros evitar conceptos teleológicos y subjetivos, y que se dedicaran a determinar cuidadosamente para cada niño cuáles conductas debían ser modificadas, y entonces, prestando mucha atención a los detalles, controlar y manipular todas las variables significativas del ambiente. Atribuía el fracaso escolar al fallo de la manipulación de estas variables por parte de los educadores.

Libros dignos de mención en este período de los treinta son: “Intelectual Growth in Young Children” de Susan Isaacs (1930); “Del nacimiento a la madurez y valoración del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta la edad escolar” de Charlotte Bühler (1935); “Principios de Psicología de la Gestalt” de Koffka (1935) y “Purposive Behaviors in Animals and Men” de Tolman (1932).

Otros hechos de interés concernientes a la Psiquiatría Pediátrica son la introducción del concepto de esquizofrenia infantil por Potter en 1933 y los estudios de Kasanin, Grebelskaia-Albatz, Lutz y Gjessing sobre las psicosis infantiles.

Aporte fundamental a la psicología infantil fueron las investigaciones del suizo Jean Piaget (1896-1980) quien recibió su doctorado en Ciencias en la Universidad de

Neuchâtel en 1918, trabajó durante un año en el laboratorio de Psicología en Zurich y en la clínica del psiquiatra Bleuler. Desde 1919 enseñó Psicología y Filosofía en la Sorbonne de París. En 1921 publicó su primer artículo sobre la psicología de la inteligencia en el Journal de Psychologie. En ese mismo año fue nombrado para un puesto en el Instituto elemental de los niños. En 1929 empezó su labor como director del Bureau International Office de l'Education en colaboración con la UNESCO. En 1940 llegó a ser Presidente de la Sociedad Suiza de Psicología y al final de la segunda guerra mundial, Presidente de la Comisión Suiza de la UNESCO. En 1952 fue designado profesor en la Sorbonne, en 1955 creó el Centro Internacional para la Epistemología Genética y en 1956 la Escuela de Ciencias en la Universidad de Ginebra.

Su aportación principal es el conocimiento del desarrollo cognitivo o epistemología genética. Dividió este desarrollo en varias etapas: la sensorio motora(del nacimiento hasta aproximadamente los dos años), la pre operacional (desde los dos a los siete años), la de operaciones concretas (desde los siete a los once años) y la de las operaciones formales (después de los 12 años). Obras importantes de Piaget son "El Juicio Moral del Niño"(1932), "La Construcción de la realidad en el niño"(1937), "La Psicología de la Inteligencia"(1947), "El Desarrollo del Pensamiento Lógico de la Niñez a la Adolescencia(1958) y "La Psicología del Niño" (1966). Los trabajos de Piaget igual que los de Vigotski son la base de muchos de los enfoques constructivistas actuales en el campo de la educación.

Hacia finales de los treinta la Psiquiatría de niños ya estaba lista para salir del cascarón y empezar a andar por su propia cuenta en los países en los que el interés por el niño había conducido al desarrollo de investigaciones, publicaciones, creación de clínicas y centros para atención de menores con problemas, elaboración de teorías sobre el desarrollo infantil y sobre la génesis de la patología mental. Es necesario anotar la importancia que tuvieron los médicos y psicólogos centroeuropeos como Emminghaus, Preyer, Kraepelin, Bleuler, Aichorn, Meyer, Freud (padre e hija), Klein, Adler, Kanner, Asperger, Piaget, Lewin, Werner, Tramer, Bühler, y tantos otros discípulos de éstos, unos en sus países de origen (Alemania, Austria, Suiza) y otros emigrando a Inglaterra, Estados Unidos de Norteamérica y otros países.

Después de la segunda guerra mundial se produjo una verdadera eclosión de investigaciones en torno a la psicopatología y la psicología infantil y del adolescente, así como del número de profesionales de la Psiquiatría, la Psicología, la Pediatría y ciencias afines que se dedicarían a esos temas. En los años siguientes se dieron acontecimientos claves en el desarrollo de nuestra especialidad como:

1. Creación de cátedras de Psiquiatría de niños en otros países además de Argentina.
2. Creciente interés por el trabajo con el niño en forma directa.
3. Conciencia de la necesidad del trabajo en equipo interdisciplinario.
4. Conciencia de la prevención en psicopatología infantil.
5. Mayor interés de parte de la sociedad por la protección integral del niño: Declaración de los Derechos del Niño por la Organización de las Naciones Unidas.
6. Aplicación de nuevos métodos de tratamiento incluidos los nuevos fármacos.
7. Métodos de investigación más exigentes y perfeccionados.

8. Multiplicación de publicaciones periódicas, monografías, textos, así como de congresos, sociedades y otras organizaciones dedicadas a la psiquiatría y la psicología de niños y adolescentes.
9. Abandono progresivo de teorías psicoanalíticas y su reemplazo por una psiquiatría y una psicología menos especulativa.
10. Creación de los cursos de especialización en Psiquiatría de niños y adolescentes en muchos países de occidente.

El Primer Congreso Internacional de Psiquiatría infantil celebrado en París en 1937 puede considerarse como el certificado de nacimiento de esta especialidad a nivel mundial. Asistieron personalidades importantes en este campo y como consecuencia del mismo surgieron el Comité Internacional de Psiquiatría Infantil y La Agrupación Francesa de Estudios Neuropsicopatológicos Infantiles.

Otro suceso de importancia en el mismo año es la comunicación de Bradley en el American Journal of Orthopsychiatry sobre el uso de anfetaminas en el tratamiento de niños con trastornos de la conducta. Quizá pueda considerarse este trabajo el que inicia la era de la terapia psicofarmacológica en niños. Contemporáneamente, English y Pearson en su obra "Common Neuroses of Children and Adults" sostenían que el abandono de los padres, la amenaza de un peligro corporal y la pérdida del amor parental o la incapacidad para la satisfacción de las necesidades instintivas, son causas de la aparición de crisis agudas de ansiedad.

La lista de libros publicados en los años treinta sigue con el "Manual de Psicopatología de la Infancia para Médicos y Educadores" de Wolman, Isserlin, Ronald, Hanselman y Lutz (1938); "Le Diagnostique Individuel chez l'Enfant au Moyen du Test de Rorschach" de Loosli-Usteri; "The Elemental Treatment of the Problem Child" de Carl R. Rogers (1939); y el trabajo de Nicolle, "Prepsychotic Anorexia" (Proceedings of the Royal Society of Medicine)(1939) en el que lanzaba la hipótesis de que la anorexia se desarrolla a partir de un defecto ovárico primario resultante de una inestabilidad de la función de las glándulas sexuales durante la adolescencia. Además daba importancia a la existencia de un temor a la inadecuación sexual producida por la amenorrea y la gordura, lo que lleva a la paciente a practicar un régimen dietético estricto.

Iniciamos los años cuarenta con la aparición del "Sceno-Test" de la doctora Gerhild von Staabs en Alemania. Esta prueba trata de "reconocer tanto los problemas de las distintas fases evolutivas de las personas normales, cuanto las vivencias de los psíquicamente perturbados, con sus conductas anormales de índole neurótica y a veces también psicóticas". Se utilizan muñecos flexibles que permiten al niño representar a las personas de su realidad ambiental y material suplementario para formar un pequeño mundo.

Al año siguiente, Bradley y Bowen comunicaban los resultados de un estudio con doce niños esquizofrénicos entre 7 y 10 años. Los autores establecieron ocho síntomas de la esquizofrenia infantil e hicieron una división entre síntomas primarios y secundarios o no esenciales. Añadían que para el diagnóstico hacía falta además una afectación general del funcionamiento social. En el mismo año de 1941, Kubie en "La Ontogénesis de la Ansiedad" decía: "El niño al nacer está en un estado de alarma y sus reacciones son indiferenciadas; es a partir de este precursor amorfo que es el estado de alarma, cuando dos órdenes de experiencias se diferencian poco a poco: las

que representan un crecimiento de tensión y los que representan una satisfacción. Se producirá solamente una diferenciación cuando el desarrollo de los hechos comienza a tener un sentido anticipador y específico para el niño, cuando se convierte en signo condicionado de una respuesta específica". Es algo que no puede dejar de llamar la atención como hacia esta época se iba produciendo un intento de aprovechar ciertos conceptos de las teorías del aprendizaje en el marco de las psicoanalíticas.

Lauretta Bender, una de las figuras más relevantes de la psiquiatría norteamericana y discípula de Adolf Meyer en el Hospital John Hopkins, trabajó durante muchos años en el Hospital Belleveu de New York. En 1938 desarrolló el conocido Test Gestáltico Visomotor que lleva su nombre y del cual trataremos en el capítulo sobre medios de diagnóstico. Uno de sus intereses principales fue el de las psicosis infantiles. En "Esquizofrenia en la Infancia: Reconocimiento, Descripción y Tratamiento", escribió lo siguiente: "…la esquizofrenia infantil implica un retardo en la maduración a nivel embrionario caracterizado por una plasticidad primitiva en todas las áreas a partir de las cuales se desarrolla la conducta posterior. Está genéticamente determinada y activada por una crisis psicológica como la del nacimiento". En 1942 daba su concepto de esta enfermedad como una alteración patológica a todos los niveles y en todos los campos de la integración dentro del sistema nerviosos central, ya sea el funcionamiento vegetativo, motor, intelectual, emocional o social. Dentro de los cuadros esquizofrénicos distinguió tres variedades: pseudodeficientes, pseudoneuróticos y los pseudopsicóticos.

Dos años antes, Bender y su esposo, el también psiquiatra Paul Schilder, distinguieron, dentro del campo de las neurosis, las de tipo "compulsiones" y las del tipo "impulsiones". En las últimas los niños no consideran que sus ideas son anormales y no se acompañan de reacciones de ansiedad experimentándose a veces con satisfacción, mientras que en las primeras sucede los contrario.

El año 1943 marca una fecha importante en la Psiquiatría Pediátrica con la descripción por parte de Leo Kanner de lo que se conoce como "autismo infantil precoz". Esto demostró que los niños pueden sufrir trastornos mentales desde muy temprano y requerir, por tanto, formas de tratamiento muy distintas a las dirigidas a los adultos. También dio ocasión para que muchos investigadores se interesaran por el estudio de la interacción entre el funcionamiento biológico del niño y sus conductas. En los psicoanalistas este problema del autismo infantil despertó mucho interés debido en parte a que el mismo Kanner supuso que la causa era de tipo emocional y muy relacionada con la relación madre-hijo. Esta orientación llevó a la hipótesis de la frialdad afectiva de los padres, especialmente de las madres, lo que era captado y resentido por el niño que optaba por aislarse de su medio. Esta hipótesis ha sido totalmente descartada hoy día y la causa del autismo infantil se entiende de otra manera como veremos en el capítulo correspondiente.

Al siguiente año, en Austria, Hans Asperger describió lo que llamó "Die autistichen psychopaten kindesalter" o la psicopatía autística del niño, un síndrome en el que la inteligencia no se afecta pero la coordinación viso-espacial es pobre, existen preocupaciones obsesivas e intereses restringidos; la conducta social está gravemente afectada aunque el pronóstico social es bueno. Este síndrome, según Asperger, aparece después del tercer año de la vida y se diferencia del autismo de Kanner.

Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) es uno de los investigadores cuya obra ha tenido una notable influencia en la evolución de la terapia del comportamiento. Su trabajo tuvo como base la obra de antecesores como Watson, Tolman y otros, pero él, a su vez, completó los fundamentos del trabajo de quienes después han venido a enriquecer las metodologías de las terapias conductistas. Ingresó a la Universidad de Harvard donde fue influido por las ideas de Keller y otros que se desempeñaban en la investigación experimental con animales. Se graduó en Psicología en esa Universidad en 1931. Estudió las obras de Pavlov, Loeb, Watson, Mangus y Sherrington. Se interesó por la conducta como un todo y en relación con el ambiente. Dio mucha importancia al estudio experimental del comportamiento estableciendo las relaciones entre variables independientes y variables dependientes prescindiendo de la formulación de teorías. Trataba de encontrar los antecedentes de los cuales la conducta de un organismo es función. Sostenía junto con Crozier en cuyo laboratorio trabajó, la utilidad de estudiar los aspectos de la conducta a través de la investigación con organismos individuales, de los cuales se puede conocer las leyes de la conducta. Skinner se trasladó a la Universidad de Minnesota donde enseñó e investigó desde 1936 hasta 1945, y posteriormente a la de Indiana donde fue director del Departamento de Psicología. En 1958, a los 54 años de edad, se le concede el Premio a la Contribución Científica Distinguida de la Asociación Americana de Psicología, en 1969, el Premio Nacional de Ciencia y en 1979 el Premio Kennedy para investigaciones en el campo del retardo mental.

Skinner aportó con sus investigaciones las bases del condicionamiento operante y los métodos de modificación de la conducta que describiremos en el capítulo sobre terapias psicológicas. Su obra fundamental “Science and Human Behavior” se publicó en 1953. Otros libros de este investigador fueron: “The Behavior of Organisms”(1938), “Verbal Behavior”(1957), “The Analysis of Behavior” en colaboración con Hollander(1961), “Cumulative Record”(1961) y “The Technology of Teaching”(1968) en el que expone sus ideas respecto al fracaso de la educación tradicional y la aplicación de los principios de la ciencia de la conducta al proceso de enseñanza.

La influencia de Skinner en la Psicología y la Psiquiatría en un momento de auge de las tesis psicoanalíticas, provocó de parte de los freudianos reacciones de crítica, la gran mayoría de las veces sin fundamento serio. A nuestro parecer, la obra de Skinner marca el inicio de la aplicación sistemática y continuada del pensamiento científico al estudio de la conducta. El psicoanálisis se había estado ocupando de interpretar y conceptuar, muchas veces forzando los hechos para hacerlos coincidir con sus postulados, pero sin preocuparse de someterse a la crítica científica. A partir de estas fechas, inicia un paulatino descenso para dar paso a métodos más objetivos y científicos. Los avances en materia de biología y medicina y en el campo de las teorías del aprendizaje, tendrían que producir irremediablemente el fin del apogeo de una psicología que durante más de medio siglo había dominado la escena basándose en la especulación. El permanecer ignorantes de estos avances mencionados, es una de las causas importantes de que aún muchos profesionales sigan anclados en ese mar de conjeturas y teorías sobre hechos que pueden encontrar una explicación más realista y sencilla con otros enfoques. Aquí se aplica el famoso principio de “la cuchilla de Occam”.

En 1955, Karl M. Dallenbach (citado por Eysenck) comparaba la frenología y el psicoanálisis en una conferencia, y terminaba diciendo: “¿Qué pasará con el

psicoanálisis?... ¿Se quedará… en el estrado de los charlatanes?... Dejo estos interrogantes al criterio de ustedes".

El libro "Psiquiatría Infantil" del profesor suizo de la Universidad de Berna, Moritz Tramer, aparecido en 1945, es según su traductor L.Valenciano, "una exposición sistemática, con criterio personal de la Psiquiatría infantil… en la esfera de la normalidad se ocupa minuciosamente de las fases del desarrollo psíquico y de la estructura del carácter, y en el campo anormal, merecen especial atención los desarrollos desviados y las personalidades anormales y psicopáticas… es evidente que el libro de Tramer resulta enriquecido precisamente por… dos direcciones caracterológicas diversas y tan fundamentales como las de Schneider y Schröder". Tramer se confesó seguidor de un enfoque "humanobiológico" muy cercano al "psicobiológico" de Adolf Meyer. En su libro critica las ideas de Freud aceptando solamente aquellas que considera tienen valor imperecedero.

La llamada "depresión anaclítica" del lactante caracterizada por una serie de cambios anímicos como desinterés por el ambiente, anorexia, alteraciones del desarrollo, apatía, expresión distante e inhibición motora, fue descrito por el pediatra psicoanalista René Spitz en 1946 en niños que habían sido separados de sus madres durante la segunda mitad del primer año de vida. Spitz afirmaba que si esta separación se prolongaba por más de tres meses, el niño quedaba lesionado de forma permanente en su desarrollo físico y psíquico. Sin embargo, si era devuelto a su madre antes de ese plazo, los efectos de la privación podían desaparecer. Spitz denominó "hospitalismo" a los efectos negativos sobre el desarrollo de los niños que permanecen mucho tiempo separados de sus madres en asilos, orfanatos u hospitales. Sus estudios, aunque criticados en algunos aspectos, provocaron interés en mejorar las condiciones de hospitalización en hospitales pediátricos y en las relaciones tempranas entre madres e hijos.

También en 1946, Kallman reportó los resultados de un estudio realizado con 691 gemelos en el Instituto Psiquiátrico de Nueva York y en los que la esquizofrenia se mostró concordante en un 77.6 a 81.5% en los monocigóticos, y en un 14.7% en los dicigóticos, concluyendo que esta enfermedad se hereda siguiendo un patrón genético ("Genetic Theory of Schizophrenia: Analysis of 691 Twins Index Families").

"Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral" es el título del ya clásico libro de Alfred A. Strauss, Laura Lehtinen, Newell C. Kephart y Samuel Goldenberg en 1947. En su introducción los autores dicen: "Este libro se refiere a los niños físicamente sanos o impedidos, que presentan aberraciones intelectuales o de la personalidad como resultado de lesiones de la sustancia cerebral". Ellos atribuían al niño con lesión cerebral síntomas como los que se presentan en los casos conocidos hoy como síndrome hipercinético que consideraban "como manifestaciones de una exaltación de las respuestas a los estímulos y, en los niños de corta edad, como reacciones de conducta que están fuera del control cortical". En el aspecto educativo exponían: "… nuestros esfuerzos pueden extenderse en dos direcciones: en manejar y controlar el medio social súper estimulante y en educar al paciente para que ejerza su autodominio… El ámbito terapéutico educativo… está planeado, en primer término, como neutralizante de los trastornos orgánicos de conducta y atención con la mayor afectividad posible."

Por estos años desarrollaba Jacob Moreno, psiquiatra nacido en Bucarest en 1892, su técnica del psicodrama de la cual se tratará en el capítulo sobre terapias psicológicas. Por ahora bastará decir que el psicodrama se inició con adultos pero más adelante, después de la segunda guerra mundial, algunos psicoanalistas franceses empezaron a aplicarlo en niños.

Obras aparecidas a fines de los años cuarenta fueron el Test de Frustración, versión infantil, del psiquiatra norteamericano Saúl Rosenzweig de la Universidad de Pittsburgh. La Escala de Inteligencia Weschler para niños de David Weschler de la Sección de Psicología del Hospital Belleveu de Nueva York en 1949. Y en 1946, el "Manual de Psicología" de Leonard Carmichael, reeditado por el autor en 1954 y posteriormente convertido en el "Carmichael's Manual of Child Psychology" editado por Paul H. Mussen en 1970, y finalmente como "Handbook of Child Psychology" en 1983.

Otro libro clásico en la historia de nuestra especialidad es el de León Michaux "Psiquiatría Infantil" publicado en 1950. Heuyer, se refiere a él en estos términos. El libro de Michaux responde en gran parte a las tendencias de sus predecesores, el de Kanner y el de Tramer, pero con un matiz muy francés. La caracterología, la fenomenología y el psicoanálisis apadrinan esta obra en la que, además, lo biológico es importante. Se hace mención en ella de las terapias a base de descondicionamiento pero incluyendo que podrían considerarse (los reflejos condicionados) como constituyendo, en una parte muy importante, la base de la psicología analítica de Freud. La psicomotricidad que tanto interés suscitó entre los clínicos galos, tiene un lugar relevante en el libro de Michaux: "Hay un hecho que domina toda la neuropatología de la infancia y con el cual debe compenetrarse el médico que desee iniciarse en esta rama de la medicina: la inextricable correlación existente entre el desarrollo del psiquismo y el de la motricidad en los primeros años de la vida".

También en 1950 se publica el libro de Erik H. Erickson "Childhood and Society". En él se integran las teorías psicoanalíticas con el enfoque antropológico culturalista. Lo más importante de este libro son las ocho etapas del hombre en cada una de las cuales hay que alcanzar niveles de madurez necesarios para un desarrollo emocional sano. En la primera se debe lograr la confianza en base a la atención que se recibe de parte de la madre y corresponde a la etapa oral de Freud. Es la etapa de la confianza versus la desconfianza. Sigue después la de autonomía frente a duda durante el segundo y el tercer año de la vida. En el cuarto y quinto años se da la edad de la iniciativa versus la culpa. De los seis a los once años la etapa de la inventiva versus inferioridad. De los doce a los 18 años, la adolescencia, es el momento de conseguir la una identidad estando en el otro polo la confusión de rol. En esta última el la influencia de los padres es menor que en las anteriores. En la adultez se llega a una edad de intimidad versus aislamiento: "El adulto joven… está preparado para la intimidad, esto es, la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos aún cuando puedan significar sacrificios significativos". La siguiente fase es la de generatividad contra estancamiento. La generatividad es en esencia la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación. El estancamiento conduce a una pseudointimidad obsesiva, a un empobrecimiento general y a una preocupación por las propias comodidades y necesidades. La etapa final es la de la integridad del yo versus la desesperación: "Es la seguridad acumulada del yo respecto a su tendencia al orden y el significado. Es un amor postnarcisista del yo humano… como una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual… Es la aceptación del propio y único ciclo de la

vida… Es una camaradería con las formas organizadas de épocas remotas y con actividades distintas… El no llegar a esta integración, a esta madurez, se expresa en el temor a la muerte, al sentimiento de que es demasiado tarde para vivir de nuevo."

En 1952 la doctora Margaret Mahler describió lo que llamó "psicosis simbiótica" en los niños pequeños y cuyo carácter principal es el fracaso para independizarse de la madre en una edad en la que normalmente todos los niños empiezan a hacerlo. Se diferencia del autismo infantil en su aparición más tardía, pero además, en la forma autística, la madre nunca llega a ser percibida emocionalmente por el niño, sino que sigue siendo parte de un objeto y sin diferenciarse de las cosas inanimadas. El mecanismo de la psicosis simbiótica es de tipo "introyectivo protectivo" tratando de restaurar la simbiosis con la madre. Mahler decía que "la existencia de un ego deficiente en el niño ayuda a crear el círculo vicioso… estimulando a la madre a reaccionar hacia el niño en una forma hiperansiosa". La psicosis simbiótica de Mahler se da entre los dos y medio y los cinco años de edad.

Michael Fordham, pediatra y analista, cultivaba por esa época de los cincuenta una forma de terapia infantil orientada sobre la psicología analítica de Jung, y Zulliger desarrollaba la "ludo terapia no interpretativa" en la que la actitud del analista es la de actuar de manera psicoanalítica-pedagógica adaptando el método a las especiales vivencias del niño en la fase mágico-animista (Bierman). En los Estados Unidos de Norteamérica los analistas empezaban a preocuparse por los problemas psicosomáticos destacando las investigaciones de Bruch sobre la obesidad infantil (1958) y de Melita Sperling sobre el asma bronquial y la colitis ulcerosa en niños (1952-54). Los trabajos de Louise Düss con el método de las fábulas para el diagnóstico de los problemas emocionales del niño también merecen ser destacados.

Por encargo de la Organización Mundial de la Salud, en 1952, Bowlby, en la monografía "Maternal Care and Mental Health" hacía una revisión de lo escrito en relación al tema de la separación temprana entre madre e hijo, llegando a la conclusión de que una prolongada separación de la madre durante los primeros años de la vida produce una impresión característica sobre la personalidad del niño, reafirmando así los hallazgos de René Spitz.

En relación a los tratamientos de tipo farmacológico, hubo en los últimos años de la década del cuarenta y principios de la del cincuenta, un creciente interés por experimentar con el uso de diferentes medicamentos para tratar los problemas psicopatológicos de los niños y jóvenes. Las anfetaminas, los anticonvulsivantes y los antihistamínicos fueron de los primeros seguidos por las fenotiacinas, especialmente la clorpromazina. En 1958 Eisenberg y sus colaboradores recibieron una beca federal para iniciar estudios con fenotiacinas y ansiolíticos en niños hipercinéticos. Sus estudios revelaron que no hubo diferencias en los resultados con medicamentos y placebo. Bair y Herold, en 1955, administraron clorpromazina a diez niños retardados con problemas de conducta los cuales mejoraron en un 90%. A este estudio siguieron los de Essen y Darling y McColl en 1956, los de Tardjan y Craft en 1957 y Hunt. Éste encontró que adolescentes psicóticos con inicio súbito de la enfermedad mejoraron con clorpromazina en mayor proporción que aquellos que habían presentado un comienzo insidioso. Estudios en niños retardados con trifluoperazina fueron realizados por Rettig (1958), Rudy (1958) y Le Vann (1959).

Retomando el tema de la esquizofrenia infantil, Rank y Putnam, en el libro de Caplan, “Emotional Problems of Early Childhood” (1955), sostenían que el factor etiológico de más importancia es una alteración profunda en las tempranas relaciones padres-hijo, y también eventos traumáticos, especialmente la separación de los padres. Según ellos los síntomas sobresalientes de los niños psicóticos son: aislamiento, retirada hacia un mundo de fantasía, mutismo o utilización del lenguaje con propósitos autistas, posturas extravagantes, estereotipias, impasibilidad, crisis violentas de ansiedad o furor, identificación con objetos inanimados o animales y expresión muy inhibida o desinhibida de impulsos.

Despert por su parte, estableció en ese mismo año el diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia infantil y la neurosis obsesivo-compulsiva diciendo que en la primera lo propio es una ruptura con la realidad y un fracaso del pensamiento abstracto, mientras que en la segunda lo propio es una fuerte reacción de culpa. Beres, en 1956, veía algunas esquizofrenias del adolescente como psicosis de la niñez que habían mejorado, y que bajo el impacto del crecimiento biológico y del reajuste social de la etapa de la adolescencia volvían a manifestarse. Simultáneamente, Bender reafirmaba su creencia de una causa orgánica de la esquizofrenia juvenil como una especie de encefalopatía por arresto del desarrollo a niveles embrionarios(1956).

Bateson, Jackson, Haley y Weakland en “Toward a Communication Theory of Schizophrenia” (Behavioral Science, 1956), exponían su teoría de la esquizofrenia relacionada con lo que llamaron “el doble vínculo”. En esta situación se da un tipo de comunicación madre-hijo contradictoria en la que los mensajes llevan signos distintos, opuestos. Describieron un modelo “homeostático” en el que todos los componentes ocupan un papel fijo, y el del psicótico es inducido por el grupo, siendo necesario para su equilibrio, y si el paciente mejora bruscamente, la conducta de los demás cambiará de modo tal que lo rechazarán a su vez con una conducta esquizofrénica. En el estadio preliminar de la enfermedad, otros miembros de la familia son también enfermos y susceptibles de convertirse en pacientes.

Abraham Maslow (1908-1970) comunicaba en 1954 con su libro “Motivation and Personality” sus teorías sobre la jerarquía de las necesidades humanas que iniciando por las de tipo fisiológico (aire, agua, alimentación y sexo), se continúan con las de seguridad, amor y pertenencia, estima y auto-actualización. Todas estas necesidades son vitales según Maslow para la supervivencia y el mantenimiento de una buena salud. Afirmaba que todos tenemos estas necesidades de forma natural y las llamó “instinctoides”(necesidades “como instintos”). Bajo situaciones de tensión o peligro las personas pueden regresar a niveles anteriores de necesidad, y si se tiene problemas a lo largo del desarrollo puede darse una “fijación” en una etapa determinada para toda la vida constituyéndose una neurosis. Boeree dice que hacia los años sesenta se estaba produciendo una cansancio en relación a los puntos de vista reduccionistas y mecanicistas de los psicofisiólogos y los conductistas; se buscaba un significado y un propósito a las vidas de las personas, incluso un sentido más elevado y místico, y Maslow fue uno de los pioneros de ese movimiento para traer al ser humano de vuelta a la psicología.

En Francia, Heuyer, el primero en ocupar una cátedra de Psiquiatría infantil en ese país, definía la psicosis infantil como una de tipo crónica no demencial primitivamente, caracterizada por una pérdida de contacto con la realidad, y por la constitución de una

organización autística marcada por fenómenos específicos de regresión y traducida por la regresión.

En 1958 J.Wolpe publicaba “Psychoterapy by Reciprocal Inhibition” obra en la que describía su metodología de la desensibilización sistemática, técnica que se ha estado aplicando dentro de la corriente conductista para una variedad de situaciones patológicas como fobias, temores, conductas compulsivas, etc.). De esta técnica trataremos posteriormente cuando se describan los métodos de terapia de la conducta.

En cuanto a los trastornos emocionales de los menores, Sperling, en 1959, observaba ciertas alteraciones somáticas como dolores abdominales, cefaleas, pruritos y anorexia que se constituían en equivalentes de depresión. Ya para estas fechas, la depresión infantil era un diagnóstico que empezaba a considerarse más seriamente y en los años sesenta se produciría un aumento considerable de las publicaciones al respecto.

En este último año de los cincuenta, se inicia el tratamiento de los trastornos hipercinéticos y otros con el metilfenidato en los Estados Unidos de Norteamérica y aparece el libro de Stella Chess “An Introduction to Child Psychiatry”. Hay en esta obra influencias de la escuela psicobiológica de Meyer y de la psicoanalítica de Freud. La obra de Gesell también se hace presente como lo hace ver la doctora Telma Reca en el prefacio de la edición en castellano. Chess es una de las psiquiatras de niños más reconocidas en su país. Fue alumna de Lauretta Bender y publicó numerosos trabajos sobre niños. Realizó estudios longitudinales relacionados con el temperamento infantil y sobre niños deficientes. Ella y el doctor Alexander Thomas crearon los “Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development” en los que se recogen las aportaciones más importantes en esos campos cada año.

También en los Estados Unidos de Norteamérica se dieron dos hechos de importancia: la formación de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y la aprobación por la Academia Americana de Psiquiatría de las normas para el entrenamiento de especialistas en psiquiatría de niños y adolescentes. Estas normas eran: 1) haberse graduado de médico; 2) tener un año de internado en un hospital reconocido; 3) haber hecho dos años de entrenamiento en Psiquiatría que fuera aceptado por el American Board of Psychiatry and Neurology y 4) hacer un entrenamiento en Psiquiatría de niños en un centro adecuado durante dos años. Por estos mismos años se estableció la primera División de Psiquiatría Infantil en el Instituto de Psiquiatría británico. Desde entonces, la Clínica Maudsley viene formando especialistas en Psiquiatría de niños tanto ingleses como extranjeros.

En Buenos Aires, la doctora Telma Reca inaugura y dirige desde 1958 el Departamento de Psicología y Psicopatología Infantil del Hospital San Martín donde pudo realizar una amplia labor asistencial y docente, labor que desempeñó hasta 1966 cuando fue reemplazada por la doctora Marta Beckey.

Otros libros que se publicaron en la década del cincuenta fueron: “Child Psychiatric Techniques” de Bender (1952), “Psychopathology of Childhood” de P. Hoch y J. Zubin (1955), “Les Schizophrenies Infantiles” de H. Aubin, Mestas y Claveirole (1955), “Annotated Bibliography of Child Schizophrenia and Related Disorders as Reported in the English Language” de W. Goldfarb y M. M. Dorsen (1956), “Delinquent Boys” de A.

K. Cohen (1956), y “Psychiatric Inpatients Treatment of Children” de la American Association of Psychiatry (1957).

Los estudios de Albert Bandura, un psicólogo canadiense que fue profesor en Stanford desde 1953 y que igual que Skinner, recibió en 1980 el Premio a las Contribuciones Científicas Distinguidas, aportaron resultados de mucho interés al conocimiento del aprendizaje social de las conductas. Sus libros más conocidos son “Learning and Personality Development” (1963), “Social Learning Theory”(1977), “Aggression: A Social Learning Analysis”(1973) y “Social Foundations of Thought and Action”(1986). De sus teorías nos ocuparemos más adelante en esta obra.

De los años sesenta hasta nuestros días la especialidad se ha consolidado notablemente, adquiriendo legítima autonomía. El número de libros, revistas, sociedades, investigaciones y congresos relacionados con ella ha crecido vertiginosamente y en muchos países existen programas de entrenamiento para formar paidopsiquiatras. El público y los otros profesionales de la medicina se han hecho más conscientes de la existencia y la necesidad de las clínicas de salud mental infantil las cuales se ven muchas veces con largas listas de espera para la atención.

Antes de finalizar este capítulo debemos hacer una reseña de lo que ha sido la historia de nuestra especialidad en Panamá. La primera especialista en este campo que inició sus servicios de consultoría en el Hospital del Niño y posteriormente en la consulta externa de Psiquiatría fue la doctora María Iriarte de Arias. En 1975 se inauguró la Sección de Psiquiatría de Niños y Adolescentes dependiente del entonces Servicio de Psiquiatría del Hospital General de la Caja de Seguro Social, bajo la dirección de la doctora de Arias a la que sucedió la doctora Nidia Aguirre unos años después.

En diciembre de 1994, la Sección se trasladó a un nuevo local ocupando toda una ala de la Policlínica Pediátrica Manuel Ferrer Valdés bajo la dirección del doctor Gilberto Abood y poco tiempo después, pasó a constituir por ley de la República, un Servicio perteneciente al Departamento de Psiquiatría que desde ese momento constaba de dos servicios: el de niños y el de adultos.. En enero de 1995 se encargó de la jefatura de Docencia al doctor Dennis Cardoze y en el año 1997 se inició el programa de formación de médicos especialistas en Psiquiatría de Niños y Adolescentes que describiremos en el siguiente capítulo. Hasta momento de escribir este libro se han graduado cinco especialistas y hay una residente en formación.

Nuestro Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes atiende unos siete mil casos nuevos cada año y desarrolla programas como el de adolescentes, el de niños, el de atención a familias, el de aprendizaje y el de comunidad y prevención. Además de entrenar nuevos especialistas, da docencia a residentes de Psiquiatría de adultos del Departamento de Psiquiatría de la Caja del Seguro Social y del Hospital Psiquiátrico Nacional en lo referente al área de la Psiquiatría de niños y adolescentes. También reciben docencia en este sentido los residentes de Pediatría y de Medicina Familiar, así como estudiantes de Medicina, de Psicología, de la maestría de Psicología clínica y estudiantes de Educación Especial y Terapia Ocupacional de la Universidad de Las Américas. Todos los viernes se realizan sesiones clínicas y bibliográficas y los últimos miércoles de cada mes se dedican a conferencias por invitados, residentes o funcionarios del Servicio.

El equipo profesional está conformado por ocho psiquiatras, siete psicólogos clínicos, cuatro enfermeras especialistas en salud mental, una terapeuta ocupacional, tres maestras especializadas en trastornos del aprendizaje, dos trabajadoras sociales y personal administrativo. Cuenta además con una biblioteca, un auditorio, salas de terapia y una de hospitalización con diez camas y un aislamiento inaugurada en abril de 2002. Nuestro Servicio se relaciona con otras instituciones como el Instituto Panameño de Habilitación Especial, el Instituto Panameño de Medicina Física y Rehabilitación y las fiscalías y tribunales de menores y familia.

Capítulo 3

LA FORMACIÓN DEL PSIQUIATRA PEDIATRA

Llegar a ser un especialista en Psiquiatría pediátrica puede lograrse por diferentes vías partiendo de la formación básica en Medicina, como veremos en los programas que describiremos a continuación. Para conocer estos programas que se ofrecen en diversos países hemos recorrido la Internet donde muchos de ellos están descritos.

Iniciaremos este recorrido por las normas establecidas por la Unión Europea de Especialistas Médicos(U.E.M.S.) en octubre de 1994. En la Unión Europea la especialidad existe bajo diversos nombres: Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes, Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Neuropsiquiatría de Niños y Adolescentes, Psiquiatría de Niños, Neuropsiquiatría de Niños, nombres todos tomados como equivalentes. A nivel de cada nación, el entrenamiento en la especialidad es regulado por las autoridades nacionales que establecen estándares de acuerdo a las regulaciones propias, a la legislación de la UE y a los requerimientos de la UEMS en su sección sobre la materia.

El entrenamiento según estas últimas normas, toma un mínimo de cinco años de postgrado (de los cuales 4 deben ser en psiquiatría y psicoterapia de niños y adolescentes (PPNA).

La estructura de este entrenamiento se establece así:

- Al menos 24 meses en atención psiquiátrica externa de niños y adolescentes.
- Al menos 12 meses en atención Psiquiátrica hospitalaria de niños y adolescentes.
- Debe haber un balance entre la experiencia con niños y con adolescentes.
- Un trabajo de investigación de tiempo completo sobre temas de Psiquiatría de niños y adolescentes puede incluirse durante el entrenamiento.

Entrenamiento complementario:

- 12 meses en Psiquiatría de adultos.
- Se recomienda, aunque es opcional, entrenamiento adicional en Pediatría o Neurología.
- La formación teórica debe incluir 720 horas de enseñanza estructurada lo que incluye:

- enseñanza clínica regular integrada dentro de la labor normal(aprox. 120 horas al año a 3 horas por semana);
- seminarios formales (60 horas al año) sobre desarrollo del niño y el adolescente, síndromes clínicos, bases académicas de los tratamientos, funcionamiento familiar, avances en campos afines (Pediatría, Psiquiatría de adultos, Psicología), administración, gerencia y economía en el campo de la salud.

La formación práctica incluye:

- Supervisión clínica la cual es parte integral de todo el entrenamiento práctico;
- Cooperación clínica con instituciones y profesionales relevantes (trabajo de enlace).
- El entrenamiento en psicoterapia debe incluir psicoterapia individual, de grupos o familia de acuerdo al método (orientación doctrinal) que se elija (psicoanalítico/conductual/cognitivo/sistémico). Esta enseñanza tiene que abarcar seminarios, tratamientos supervisados, así como autocríticas individuales o en grupo.

En Alemania, la Sociedad Alemana para la Psiquiatría y la Psicoterapia de Niños y Adolescentes, establecida en 1993, establece un entrenamiento de cinco años de postgrado, de los cuales uno debe ser en Pediatría o en Psiquiatría y Psicoterapia. Se puede considerar además medio año de rotación por Neurología. Al menos dos de los cuatro años que se deben dedicar a la especialidad propiamente dicha, tienen que ser de trabajo en un establecimiento de internamiento para niños y adolescentes. Los dos años restantes pueden ser en práctica privada con niños y adolescentes.

El objetivo del entrenamiento es adquirir conocimientos, experiencias y habilidades en teoría, diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos de los niños y los adolescentes. Esto incluye el desarrollo de habilidades en examen neurológico, diagnóstico y diagnóstico diferencial de las alteraciones psiquiátricas, farmacoterapia, psicoterapia y terapia social de niños y adolescentes, incluyendo cuando sea necesario a aquellos adultos estrechamente relacionados con el paciente. El entrenamiento de postgrado debe incluir la capacidad para dar opiniones expertas en relación a asuntos legales de familia, leyes sociales y experiencia forense.

La Universidad de Buenos Aires, Argentina, estableció la carrera de Médico Especialista en Psiquiatría Infantil mediante resolución 1042/90 con los siguientes requisitos:

-Título de Médico expedido por Universidad Nacional, privada reconocida o extranjera.

-Curriculum Vitae.

-Tener 2 años de residencia en pediatría.

La duración es de tres años con evaluaciones anuales. El contenido del programa es como sigue:

I año

Técnicas de diagnóstico I y II

Desarrollo evolutivo I y II

Introducción al Psicoanálisis. Conducta Humana I y
Bases biológicas. Conducta Humana II.

2do año
Psicopatología I y II
Abordajes terapéuticos I y II
Escuelas psicoanalíticas I y II

3er año
Prácticas en Psiquiatría I y II
Monografía y Examen final

La Universidad de Chile en su Programa de Especialidades Primarias destinados a médicos cirujanos egresados de universidades nacionales o extranjeras acreditadas, ofrece la especialización en Psiquiatría Infantil y del Adolescente con una duración de tres años. Su plan de estudios es como sigue:

- Desarrollo psicológico normal.
- Psicopatología y clínica del niño.
- Psicopatología y clínica del adolescente.
- Psicopatología y clínica del adulto.
- Salud mental del niño y el adolescente.
- Neurología infantil.

En Costa Rica, el Reglamento de Especialidades Médicas del Colegio de Médicos y Cirujanos, mediante decreto 10538-SPPS modificado en Decreto No. 23105-S del 21 de abril de 1994, y Decreto 26294-S del 20 de agosto de 1997, define las especialidades médicas como aquellos estudios de postgrado realizados por un médico debidamente graduado y que reúna los requisitos que por este Reglamento se establecen. Dichos estudios deberán ser académicos, con programas universitarios efectuados en Centros Médicos de reconocido prestigio, a juicio de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos, dirigidos y supervisados por la especialidad que se pretenda.

En el artículo 2, este Reglamento reconoce como especialidades médicas separadas la Psiquiatría General y a la Psiquiatría Pediátrica.

Para esta última los requisitos específicos son:

a) Un año de residencia y adiestramiento académico en Hospital Clase A, Universitario en Pediatría con los siguientes bloques:
Dos meses en Genética; cuatro meses en Neurología; dos meses en Endocrinología; dos meses en servicio de interconsulta (Cirugía y Pediatría); dos meses en servicio de emergencias
b) Dos años de residencia y adiestramiento académico en Psiquiatría Infantil, en Hospital Clase A, Universitario. Este adiestramiento podrá ser simultáneo con el de Psiquiatría General.

En México, la Universidad de Nuevo León, forma especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia teniendo como requisitos haber terminado dos años de residencia en Psiquiatría General o Pediatría, conocimientos de inglés y aprobar un examen de

conocimientos en Psiquiatría entre otros de tipo administrativo. Esta especialidad fue aprobada por el H. Consejo Universitario el 15 de junio de 1988. El 30 de noviembre de es año se aprobó una ratificación con fecha de aprobación retroactiva al 1 de agosto de 1985. La estructura académica de este programa se establece de la siguiente manera:

Actividades clínicas:

- Práctica clínica en psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- Práctica clínica complementaria en Psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- Actividades académicas complementarias en Psiquiatría infantil y de la adolescencia.

Obligatorios:

- Desarrollo de la personalidad.
- Psicopatología infantil.
- Psicoterapia individual.
- Expediente clínico.
- Neurología pediátrica.
- Psicofarmacología infantil.
- Evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes.
- Terapéutica hospitalaria en niños y adolescentes.
- Adolescencia.
- Terapia de parejas y familia.
- Educación especial y Psiquiatría infantil.
- Terapéutica de grupo en niños y adolescentes.
- Otros procedimientos terapéuticos en Psiquiatría infantil.
- Psiquiatría comunitaria.
- Psiquiatría de enlace e interconsulta psiquiátrica.

Optativos:

- Didáctica general.
- Metodología de la investigación y bioestadística.

Se otorga un diploma que acredita como Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofrece la especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de dos años de duración después de haber hecho dos años de residencia en Psiquiatría General.

En Cuba, la especialidad de Psiquiatría Infantil tiene una duración de tres años y exige como requisito de matrícula:

- -Ser graduado de médico y estudios de Medicina Integral (3años).
- -Curriculum Vitae.
- -Certificación de salud.

La Universidad Lizandro Alvarado en Venezuela ofrece cada año 10 cupos para la especialización en Psiquiatría Infantil y Juvenil con una periodicidad de 3 años(tiempo mínimo de 3 y máximo de 4 años de duración).

En Australia y Nueva Zelanda existe el llamado “Dual Fellowship Training Program (DFTP) in Pediatrics and Child and Adolescent Psychiatry”. Una modalidad de este programa es para quienes vienen de un entrenamiento en Pediatría y que tienen que hacer un mínimo de 18 meses de Psiquiatría de adultos; un mínimo de 2 años de entrenamiento en Psiquiatría de niños y adolescentes y 6 meses adicionales de clínica pediátrica, consulta de enlace de Psiquiatría de adultos y de Psiquiatría de niños, para un total de 4 años además de los 3 previos en Pediatría.

La otra modalidad es para quienes vienen de la Psiquiatría general quienes deben hacer un mínimo de 18 meses de entrenamiento básico en Pediatría; un mínimo de un año de capacitación avanzada en clínica pediátrica para un total de 3 años además de los cuatro previos de Psiquiatría general.

En los Estados Unidos de Norteamérica, lo común es iniciar la especialización en Psiquiatría de niños y adolescentes (Child and Adolescent Psychiatry) después de haber completado dos o tres años de Psiquiatría general. Pero, existe una programa iniciado en 1986 denominado el “Triple Board Program” que combina Pediatría, Psiquiatría general y Psiquiatría de niños y adolescentes que tiene de cinco años de duración. Traducimos (aunque no literalmente) en relación a este programa lo que se dice en la página Web de la Escuela de Medicina Mount Sinai:

“Aproximadamente hace veinte años se hizo evidente que existían dos mayores problemas en el campo de la Psiquiatría de niños y adolescentes. Primero, que no había suficiente cantidad de psiquiatras de niños, y segundo, en el problema concerniente a las relaciones entre las comunidades pediátrica y de psiquiatras de niños, específicamente tenía que darse una mejor vía de colaboración entre ambos tipos de especialistas en relación a los problemas que les son comunes. El concepto del Triple Board fue creado como una alternativa de entrenamiento para llegar a ser un psiquiatra de niños y adolescentes que pudiera combinar la Pediatría, la Psiquiatría general y la de niños y adolescentes en un período de tiempo menor a los siete años que tomaría en un programa convencional. La meta del programa es la de crear un núcleo de psiquiatras de niños y adolescentes con base académica, entrenados y socializados como pediatras, que puedan llenar la brecha entre los mundos de la Pediatría y la Psiquiatría de niños y adolescentes.”

“En 1986 nació el Triple Board Program que combina 24 meses de Pediatría, 18 meses de Psiquiatría de adultos y 18 de Psiquiatría de niños y adolescentes. Después de completar este entrenamiento triple, los graduados son elegibles para tomar los exámenes de certificación (Board Certification) ofrecidos por las tres disciplinas.”

Los resultados del programa piloto que esperaba dura diez años fueron tan satisfactorios que se le acreditó a los 8 años de haberse iniciado. Actualmente funciona en nueve centros médicos: Brown, Cincinnati, Hawaii, Indiana, Kentucky, Mount Sinai, Pittsburgh, Tufts y Utah. Un ejemplo de este programa es el de la Universidad de Pittsburgh y que reproducimos a continuación.

I año: 5 meses con pacientes internados en Pediatría(Medicina general, Cardiología y Hematología-Oncología). Un mes en Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos. Dos meses en cuarto de urgencias y dos meses en alguna subespecialidad y cuidados primarios pediátricos). Adicionalmente, medio día a la semana es dedicado a trabajar

en una clínica de seguimiento pediátrico. Los dos últimos meses se dedican al cuarto de emergencias psiquiátricas.

II año: Los primeros cuatro meses son de atención a pacientes psiquiátricos internados y también para observar psicoterapia en pacientes adultos, lo cual puede continuar durante todo el entrenamiento. Los siguientes cuatro meses se enfocan en pediatría: un mes en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos, uno con pacientes hospitalizados, uno en el salón de partos y otro en el cuarto de urgencias pediátricas. El último tercio de este año es dedicado a pacientes psiquiátricos adultos internados (dos meses) y a los servicios de consulta y enlace en un hospital de adultos de tercer nivel.

III año: Los primeros cuatro meses se continúa la rotación por servicios pediátricos y los otros ocho meses se ocupan en el entrenamiento en consulta psiquiátrica de adultos.

IV año: Tres meses de Pediatría con dos meses de una subespecialidad(electiva) y uno de pacientes internados. Los otros nueve meses se concentran en psiquiatría de niños y adolescentes: cuatro meses con pacientes internados, dos meses en una unidad llamada “Adolescent Partial Program”; dos meses en servicios de enlace con Pediatría y un mes en entrenamiento con infantes y niñez temprana en un Centro de Desarrollo Infantil. Durante estos nueve meses se rota por una clínica de seguimiento pediátrico medio día a la semana, y se inicia la atención psicoterápica con un mínimo de dos niños y adolescentes que se continúa a lo largo de lo que resta del entrenamiento.

V año: Tres meses de entrenamiento pediátrico con pacientes internados y en una subespecialidad electiva. La formación en Psiquiatría de niños y adolescentes se completa con nueves meses más enfocándose especialmente en atención de consulta externa que incluye Psiquiatría infantil forense, escolar y comunitaria. Existe una amplia gama de temas electivos que incluyen Neuropsicología, trastornos de la alimentación, terapia familiar y experiencias en labores administrativas y de investigación.

Nuestro programa de formación de especialistas en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, se inició como ya hemos mencionado en el año 1997 con el reconocimiento de la Comisión de Docencia del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, unidad administrativa a la cual pertenece nuestro Servicio aunque está ubicado en una policlínica. Después de la aprobación de esta Comisión, se obtuvo la del Consejo Técnico del Ministerio de Salud mediante resolución No.2 del 22 de febrero de 1996, reconfirmada cinco años después. También cuenta con el aval de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá. En Panamá es el único programa de residencia en Psiquiatría de niños y adolescentes con reconocimiento y certificación oficial. Con este programa se inició además el establecimiento de la idoneidad en esta especialidad de la Psiquiatría.

Si bien, y debido a circunstancias del momento, se exige como requisito el haber finalizado los tres años de entrenamiento en Psiquiatría general, se tiene en proyecto hacer otras modalidades para quienes vienen de la Pediatría e incluso la posibilidad de establecer un programa parecido al de la Unión Europea de Médicos Especialistas, o al Triple Board norteamericano.

Nuestro programa de entrenamiento está estructurado de la forma que exponemos a continuación:

Objetivos generales.

Formar especialistas en psiquiatría de niños y adolescentes que sean capaces de:

- Asumir una conducta responsable, ética y de liderazgo en su vida ciudadana y en el ejercicio de su profesión.
- Desarrollar una actitud científica hacia el conocimiento y el manejo del niño y el adolescente con problemas de salud mental a niveles preventivos primarios, secundarios y terciarios.
- Asimilar los conceptos clásicos y actuales relacionados con la comprensión y el tratamiento del menor normal y enfermo, y ajustarlos a las necesidades de nuestro medio en materia de salud mental infantil y juvenil.
- Adquirir habilidades en las diferentes técnicas, tratamientos y recursos, tanto humanos como materiales, dirigidos a estos fines.
- De analizar con juicio crítico los problemas y situaciones planteadas en el ejercicio de la especialidad y poder construir sobre los esquemas de pensamiento establecidos, nuevas propuestas de solución y de filosofía relacionadas al campo de la salud mental juvenil.

Perfil del egresado.

A) Área cognitiva (lo que debe saber):

- Las etapas del desarrollo psicológico del niño y el adolescente.
- Los síntomas de las patologías psiquiátricas el diagnóstico diferencial, y sus pronósticos en los menores de edad.
- Las causas individuales, familiares y sociales de estas patologías y la importancia de cada una de ellas en la génesis de los trastornos mentales y de la conducta en la edad pediátrica.
- Los patrones normales y anormales de la vida familiar.
- Los diferentes métodos de tratamiento que se han desarrollado en relación con la psicopatología, incluyendo las bases bioquímicas de la actuación de los psicofármacos, y las teorías en las que se fundamentan las terapias psicológicas más importantes.
- Los medios y métodos de diagnóstico de las psicopatologías incluyendo los clínicos, de psicodiagnóstico y pruebas de laboratorio e imagenología.
- Las patologías pediátricas que pueden causar o acompañarse de síntomas psiquiátricos.

B) En cuanto a las destrezas (lo que debe saber hacer):

- Establecer una relación empática con los pacientes y sus familiares.
- Recoger y sintetizar los datos necesarios para la formulación de diagnósticos acertados (juicio clínico).
- Interpretar el significado clínico de datos suministrados por las pruebas psicológicas y otros métodos de diagnóstico médico.

- Elegir los métodos terapéuticos apropiados y utilizarlos racionalmente y con eficacia.
- Aplicar con mayor profundidad uno o dos métodos de psicoterapia que en este caso son la conductual y la cognitiva.
- Intervenir en forma adecuada y eficiente con pacientes en crisis.
- Elaborar en forma clara y profesional informes clínicos. Con apropiado uso del idioma castellano.
- Plantear y diseñar una investigación clínica en las áreas relacionadas con la psiquiatría.

C) En relación a las actitudes (lo que debe ser):

- Estar interesado mantenerse al día en los nuevos aportes que se van haciendo al campo de la especialidad y otras disciplinas afines.
- Tener vocación por impulsar e intervenir en los esfuerzos de tipo preventivo en el campo de la salud mental.
- Estar dispuesto a transmitir sus conocimientos a futuras generaciones de profesionales que deseen especializarse en la Psiquiatría de niños y otras ciencias relacionadas.
- Tener inclinación al trabajo en equipo dando a cada profesional del mimo la importancia y el mérito correspondiente.
- Mostrar interés por completar su formación humanística aplicándose a otros campos del conocimiento que le permitan adquirir una visión más profunda del ser humano y sus problemas existenciales.}
- Mostrar en todo momento una conducta ejemplar ante sus pacientes lo que implica que durante su entrenamiento deberá aprender a conocerse mejor y perfeccionarse como persona.

Áreas de formación.

- Desarrollo psicológico del niño y el adolescente.
- Métodos psicológicos de diagnóstico.
- Psicopatología de la edad pediátrica(descripción, etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico).
- Pediatría y puericultura.
- Psicofarmacología.
- Métodos psicológicos de tratamiento (psicoterapias individuales, de grupo y de familia).
- Prevención.
- Investigación y publicación.

Plan de estudios.

Para mayor brevedad utilizaremos las siglas PNA para referirnos a la Psiquiatría de niños y adolescentes).

Primer año.

Primer semestre	**Segundo semestre**
Atención hospitalaria (PNA)	Atención hospitalaria
Consulta externa (PNA)	Consulta externa (PNA)
Terapia de grupo de adolescentes	Terapia de familia
Terapia de familia	Psicopatología I (PNA)

Psicodiagnóstico en adolescentes
Psicopatología I (PNA)(Teórica)
Psicoterapia I (T. de conducta)
Psicología evolutiva (Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá)
Metodología de la investigación
Psicoterapia I
Psicología evolutiva
Terapia de aprendizaje (adolescentes)

Segundo año.

Primer semestre.	**Segundo semestre**
Consultoría y enlace en Hospital Pediátrico)	Consultoría y enlace (Pediatría)
Neurología pediátrica*	Consulta externa (PNA)
Endocrinología pediátrica*	Psicopatología II (PNA)
Consulta externa (PNA)	Psicoterapia(Cognitiva)
Psicoterapia (Cognitiva)	Terapia Ocupacional
Psicodiagnóstico en niños	(menores de 7 años)
Terapia para hijos de padres separados	Educación Especial
Psicopatología II (PNA)	Genética Médica
Psicoterapia individual (T. cognitiva) (Teórica)	

* Estos dos módulos se alternan tres meses cada uno)

Los residentes de la especialidad tienen que alternarse con otros residentes que hacen su rotación por nuestro Servicio, para presentar temas bibliográficos cada viernes después de finalizada la sesión clínica donde se discuten los casos de pacientes hospitalizados y otros. Además, deben dar una conferencia magistral sobre uno de los temas que están estudiando cada tres meses en los miércoles de docencia que se hacen la última semana de cada mes. Cada año, deben también realizar un trabajo de investigación supervisado por el jefe de Docencia del Servicio y el la Subdirección de Investigación y Docencia del Hospital.

Cada semestre se aplica un examen de lo estudiado en los módulos correspondientes y se hacen evaluaciones mensuales de su desempeño personal y académico.

SEGUNDA SECCIÓN

Capítulo 4

LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS PARA UN DESARROLLO NORMAL

Es conveniente que dediquemos unas páginas a las necesidades básicas para que se pueda lograr un desarrollo psicológico óptimo, esto es, para llegar a ser un adulto mentalmente sano y sin trastornos del comportamiento. Estudiando estas necesidades o condiciones de la normalidad, podremos entender mejor lo que se explica en el capítulo siguiente y los que se dedican a las diferentes entidades patológicas en la sección quinta.

Consideramos necesidades básicas para un crecimiento y desarrollo psicobiológico y social normal las siguientes:

1. De integridad del sistema nervioso central.
2. De protección y seguridad.
3. De afecto.
4. De aceptación y reconocimiento.
5. De autoestima.
6. De límites y disciplina.
7. De autocontrol.
8. De juego.
9. De comunicación.
10. De socialización y amistad.
11. De independencia creciente.
12. De instrucción.

Comentaremos brevemente sobre cada una de estas necesidades a continuación.

1. La integridad del sistema nervioso central o del cerebro implica que éste se pueda desarrollar normalmente desde la etapa embrionaria, sin verse afectado por alteraciones de origen genético o por causas externas. Un cerebro normal es la base de un adecuado desarrollo de las funciones cognoscitivas, perceptivas, motrices, afectivas y conductuales. La maduración de estas funciones corre paralela a la de las estructuras del cerebro y los daños que éste pueda sufrir durante su formación, se reflejarán en mayor o menor medida en detenciones o desviaciones de estas funciones.

2. Todo niño por ser inexperto en los peligros potenciales a que puede estar expuesto requiere protección, la cual es casi total en sus primeros meses de vida para ir decreciendo a medida que se aproxima la edad adulta. Esta protección debe proveerle de un sentimiento creciente de seguridad y de confianza en quienes lo tutelan y en su mundo. El tiempo le va enseñando a cuidarse y a ir adquiriendo prudencia en sus conductas de exploración, lo que también depende de la capacidad de aprender de las experiencias, variando en cada niño de acuerdo a su temperamento y nivel de madurez. Por otra parte, el conocimiento progresivo de los peligros y la confusión entre fantasía y realidad, hace que vayan surgiendo en ellos los miedos tan frecuentes en la niñez. Las vivencias atemorizantes a las que se exponen los niños desde que inician sus pasos en la vida, deben servir para que desarrollen durante su crecimiento el sentimiento de seguridad y confianza que los capacite para poder afrontarlas a lo largo del resto de su existencia; para que el miedo y la inseguridad no afecten su salud mental.

3. El trato afectivo se inicia posiblemente desde la etapa intrauterina al sentir el feto los latidos de su madre cuando ésta se encuentra relajada, y continúa inmediatamente después del parto cuando el neonato es colocado sobre el regazo de aquélla en un contacto íntimo piel a piel, y unas horas después con el inicio de la lactancia natural. El infante no se siente aún como algo separado, con individualidad propia, sino que aún forma una unión estrecha con el cuerpo de su progenitora. Este contacto sensitivo que debe prolongarse durante varios meses es indispensable para una buena adaptación del nuevo ser al mundo extrauterino, garantiza el mejor funcionamiento fisiológico y confiere un sentimiento precoz de seguridad. Siempre y cuando no exista una condición patológica que produzca irritabilidad y molestias en el lactante, una atención pronta y frecuente a través del contacto físico con la madre ejerce un efecto relajante y

pacificador en aquél, siendo además el paso inicial para que se establezca el apego tan necesario para una crianza armoniosa y sana.

La piel no es solamente la barrera que protege a nuestro interior de agentes nocivos y traumas, sino que además es el órgano por excelencia para el intercambio de afectos; en un caso es protección y en otro es comunicación. Por medio del trato afectivo se suscitan estados placenteros y calmantes, pudiendo ir desde un estado de relajación al erotismo. En cada fase del desarrollo del niño el contacto físico mantiene su naturaleza afectiva, pero llegando a la pubertad va adquiriendo el elemento erótico, lo que pudiera pasar antes de esa etapa si se sobreestimula al niño y en regiones que inducen más fácilmente la erotización. Todas las personas, con raras excepciones, necesitan estas muestras de ternura a través de las caricias, los besos, abrazos, masajes y manoseo, no bastando los gestos y las palabras para sentirse amados por las personas de quienes más se espera el amor: padres, familiares cercanos, novias, esposos o hijos.

4. La percepción de una relación protectora, afectuosa y de aceptación por parte de sus padres y posteriormente de otras figuras de importancia en la vida del menor como los maestros, da a éste una sensación de adecuación que es la base de su autoestima y la autoconfianza. El niño y el adolescente necesitan ser aceptados plenamente como personas que tienen valor por sí mismos y no en la medida que puedan satisfacer las necesidades personales de aquéllos. Los niños deben crecer aprendiendo a valorarse adecuadamente pero también siendo conscientes de sus capacidades y limitaciones, lo que no contradice el espíritu de superación constante. Pero para que pueda desarrollar un sentimiento razonable de valor propio, requiere primero haber experimentado el valor extrínseco que viene de sus criadores y educadores. Si crece sin sentirse valorado puede abocarse a la auto depreciación, o por el contrario, a la búsqueda afanosa de logros que le permitan compensar esa ausencia de reconocimiento.

5. La autoestima que se obtiene en este proceso de desarrollo psicológico mediante las vivencias de reconocimiento y valoración inicial por parte de los padres y de los primeros maestros, se sigue alimentando en los años siguientes por los logros académicos, sociales y deportivos que el niño va consiguiendo. Existe una autoestima general que es una sensación de adecuación global de la persona, pero también hay aspectos parciales como la autoestima académica, la autoestima física, la autoestima social, está muy relacionada especialmente en los varones con las habilidades deportivas y la relación con el sexo opuesto. Uno de los objetivos de toda educación y de nuestra labor como especialistas en salud mental, es enseñar a los jóvenes la auto aceptación y a no magnificar lo que creen son defectos o incapacidades cuando se comparan con sus pares.

6. El proceso de crianza y educación lleva aparejado el que el niño aprenda desde muy temprano y en forma progresiva, los límites a sus actividades y a sus deseos. Estos límites son mínimos en la etapa de la cuna, pero aumentan bruscamente cuando inicia sus primeros pasos y quiere deambular libremente descubriendo el mundo circundante y tocándolo todo, ya que es la forma en que se da el desarrollo de su inteligencia y de sus habilidades perceptivo-motrices. Su indefensión e ignorancia de los peligros que le rodean y de las consecuencias de sus actos, obliga a los tutores a darle las primeras negativas. Se genera así el conflicto entre los deseos del niño y la autoridad de aquéllos, teniendo el primero que ir ajustando sus aspiraciones en forma realista y los últimos estableciendo límites de manera flexible y proporcionada, pero

también con decisión, sin vacilaciones ni mensajes contradictorios. El manejo paciente e inteligente de las reacciones temperamentales de los niños y posteriormente de los adolescentes, sin respuestas a su vez intempestivas, agresivas o irracionales, ejerciendo no obstante una autoridad clara y firme, ayuda a aquéllos a ir aceptando y asimilando sus límites y sus obligaciones. La obediencia que en un inicio debe ser impuesta mientras el niño no alcance una capacidad cognoscitiva que le permita entender el por qué de lo que se le pide y el por qué de lo que se le niega, tiene que ser lograda cada vez más por un acto de aceptación razonada.

Además de los límites a la conducta, la disciplina también es una costumbre que debe el niño internalizar tempranamente. Se trata en este caso de enseñarle a organizarse, a adquirir el sentido de la pertinencia de sus actos y a ser responsable. No se logra de una vez y puede tomar varios años que se consolide, pero también puede suceder que nunca se consiga. La disciplina no es sinónimo de castigos, y mucho menos de los corporales; es el adiestramiento en un modo de vivir consecuente, eficaz y de acuerdo con las exigencias familiares y sociales. Tampoco se trata de un esquema rígido pues debe aplicarse también en forma flexible de acuerdo a las circunstancias de cada familia y de cada edad. Debe lograrse por consenso y compromiso de parte del menor. Naturalmente, habrá momentos en los que el no cumplimiento de las normas aceptadas debe tener alguna consecuencia o castigo, pero éste deberá también ser razonable y comprendido por el que lo recibe, y nunca ofensivo o degradante.

7. Muy relacionado con el aprendizaje de los límites y de la disciplina está el del autocontrol. Saber cómo se debe reaccionar y responder a los eventos de la vida diaria, sobre todo en situaciones adversas, sin necesidad de controles externos, y la actitud madura que reprime los propios impulsos cuando no son convenientes, es una meta del desarrollo social del ser humano. Sin este control seríamos unos eternos niños, seres inmaduros, y la convivencia sería caótica. Nuestro cerebro está en capacidad de poner en funcionamiento mecanismos de control y de inhibición de conductas, pero debe ser entrenado. En los niños las respuestas a la frustración son inicialmente muy aparatosas, comprometiendo a todo el organismo, pero con el tiempo adquiere formas más particularizadas, con gestos de enfado, actitudes hoscas o lenguaje violento, y si el proceso de maduración sigue por el curso normal esperado, al llegar a la mayoría de edad, tiene que estar en condiciones de poder reaccionar de modos mucho más discriminados y oportunos. Aquí también cabe la respuesta firme de los padres y educadores a las rabietas y al descontrol de los niños, y dejar que aprendan a mitigar su furia por ellos mismos en la medida en que van creciendo, pero a base de controlar sus emociones con la razón y no con conductas desaforadas o perjudiciales. Así pues, límites, disciplina y autocontrol son aspectos básicos de una buena educación y de la estructuración de una personalidad sana.

8. El juego es en los adultos un modo de entretenimiento y evasión, pero en los niños es la actividad natural: no existe niñez sin juego. Esto es así incluso en las crías de muchos mamíferos. La conducta lúdica es la forma básica del aprendizaje en las primeras edades sirviendo así para desarrollar las destrezas motoras, viso-espaciales, del lenguaje y las capacidades intelectuales. Además, el juego tiene implicaciones sociales: es una especie de entrenamiento, mediante la fantasía, para la vida adulta. Pero también es un modo de incorporar el mundo de los mayores y controlarlo mediante la reproducción de aspectos y situaciones de la realidad, reviviendo hechos que son causa muchas veces de ansiedad y temores en los niños. Mediante el juego

se practican comportamientos prosociales tales como el seguimiento de reglas, la aceptación de un determinado rol, la colaboración en equipo, soportar el fracaso, la preparación adecuada para una tarea colectiva, etc., lo que constituye un aprendizaje que ayuda a reforzar otros ya mencionados como la disciplina y el autocontrol. La tendencia al juego, no obstante su importancia, tiene que ir cediendo terreno progresivamente a las obligaciones, de modo que en la adolescencia tardía ocupe una parte no predominante de la vida diaria.

9. La comunicación es la condición *sine qua non* de todo grupo social, y va desde formas muy rudimentarias como en los organismos inferiores hasta la más evolucionada y compleja de los humanos. Nos referimos aquí la comunicación en base al lenguaje hablado y escrito. Tanto es así que sin este sistema de símbolos lingüísticos el desarrollo de la civilización hubiese sido imposible y estaríamos estancados al mismo nivel de los grandes simios. El proceso de humanización supone necesariamente la comunicación verbal y de transmisión de cultura por medio de ella. A la importancia que tiene para la maduración cognitiva, la transmisión de conocimientos, de tradiciones y costumbres, se añade que es un medio para la expresión de afectos, para la resolución de conflictos o para la agresión interpersonal. La adquisición de las habilidades lingüísticas es fundamental para un buen desarrollo psicológico. La comunicación verbal como medio de demostrar aceptación y valoración, de enseñanza y motivación, así como para establecer, dialogando, los niveles y límites apropiados a los conflictos, sería lo deseable para la autoestima, para una mayor competencia lingüística e intelectual y para el logro de un satisfactorio modelo de funcionamiento familiar. La incapacidad para poder expresarse o el hacerlo con muchas limitaciones reduce las posibilidades de éxito en el proceso de aprendizaje y de adaptación social con las consecuencias psicopatológicas que pueden derivarse.

10. El desarrollo de la personalidad requiere, además del aprendizaje en el entorno familiar, la proyección exterior, hacia el mundo de los demás niños, de los pares. Estas experiencias sociales tempranas que se inician antes de la entrada a la escuela y continúan en ella, suponen otro escenario en el que el niño tiene que adaptarse a situaciones distintas a las que hasta ese momento había experimentado en la relación con sus padres. Es una preparación para la vida social que debe afrontar de adulto y que consiste en:

- aceptación de un rol no centrado en sí mismo;
- cooperación para el logro de metas;
- cumplimiento de reglas impuestas por el grupo;
- disposición a comprender el punto de vista de los demás;
- liderazgo;
- subordinación a un líder, más no sumisión;
- afirmación sana del yo en la interacción con el grupo;
- manejo de conflictos como la no aceptación por una determinada persona o grupo;
- actitud empática ante las adversidades y sufrimientos de los demás;
- escogencia adecuada de las amistades;
- introyección de la lealtad como valor importante en las relaciones de amistad o de pertenencia a un grupo.

Este proceso de socialización si es en general una experiencia satisfactoria, ayuda a acrecentar la autoconfianza y autoestima, además de fomentar la descentralización de las figuras parentales como fuente de apoyo y de satisfacción afectiva.

11. Otras de las metas de la educación es la consecución de un ser independiente, capaz de desenvolverse por sí mismo en su medio ambiente social, y de ser una persona productiva, con la suficiente confianza para el logro de metas y la solución de problemas; capaz de tomar decisiones después de analizar las situaciones y posibilidades que se le presentan. Esta autonomía debe darse tanto en el plano de la voluntad como en el de la acción, o sea, independencia volitiva y ejecutiva, pero aprendiendo a supeditar lo que se desea con lo que en realidad se puede. Durante la niñez y parte de la adolescencia la voluntad no se apoya en una adecuada capacidad de acción o de realización: se pueden hacer menos cosas de las que se desea. Existe una confianza desmedida en la posibilidad de ejecución basada en un conocimiento insuficiente de la realidad y de las propias limitaciones. El sujeto que madura normalmente, tiene que llegar a un momento de la vida que debe coincidir con el final de la adolescencia, en el que la voluntad se ajuste a las competencias y aptitudes reales, lo que significa el conocimiento de sí mismo alcanzado a través de la experiencia.

Desde que el niño empieza a deambular por sí solo se está dando ya una independencia ejecutiva incipiente, muy limitada, pero que con el tiempo se acrecienta y gracias al desarrollo neuromotor, va siendo capaz de ejecutar otras actividades sin la ayuda del adulto, como comer, vestirse, bañarse, desempeñar labores domésticas sencillas, manipular aparatos como los electrodomésticos y las computadoras, hacer llamadas telefónicas, etc. Cada padre y cada maestro debe conocer hasta dónde llega la capacidad actual de los niños bajo su cuidado para establecer los límites de lo que se le permite hacer, aunque su voluntad los impulse a ir más allá de esas posibilidades, lo que les generará no pocas veces situaciones de frustración que les irán enseñando como acomodarse a esas realidades.

Por otro lado, el no favorecer la independencia en esas actividades cotidianas propias de cada edad cuando el niño o el adolescente están listos para ello, es un actitud que se convierte en un freno en la maduración tanto cognitiva como emocional. Es necesario patrocinar una independencia creciente en los menores enseñándoles que cuando se quiere alcanzar una meta que implica la superación personal, hay que esforzarse para desarrollar las capacidades requeridas.

12. En el mundo tan complejo y tan exigente de nuestros días, la instrucción es fundamental para poder tener acceso al trabajo y obtener los medios para una vida plena, es decir, para poder satisfacer las necesidades básicas y crear así las condiciones para el desarrollo cultural y espiritual. Esta instrucción debe capacitar al niño para ser una persona productiva, pero también un ser pensante, crítico, con capacidad e interés por alcanzar los más altos ideales de la humanidad. La educación escolar debe sacar de cada niño y adolescente lo mejor y no someterlo a procesos educativos que más bien son un obstáculo para el desarrollo de la inteligencia. La no instrucción o la instrucción deficiente o deformante, produce la torpeza mental, la pobreza lingüística, la incapacidad para elevarse por encima de la mediocridad y del mal gusto, así como ciudadanos inhábiles para la actividad intelectual. La instrucción tiene además que ser integral y romper la barrera que se ha creado entre la formación intelectual y la manual o práctica. Las personas dedicadas a labores de tipo técnico-

vocacional o a labores manuales, necesitan una educación intelectual que les permita acceder al mundo de la cultura: del arte, de la literatura, de la filosofía, etc., y los de formación puramente intelectual harían bien en aprender una oficio práctico-manual que los ayudaría a ser seres más completos.

La escuela, además de instruir en los campos del saber, debe educar para que los jóvenes introyecten los valores sociales como el respeto a la vida, la simpatía, cortesía y solidaridad con los demás, la consideración hacia los animales no humanos, la tolerancia, el acatamiento de las leyes y del derecho de los otros, honorar la verdad, valorar más el ser que el tener. La sociedad en su conjunto, o sea. el Estado, los medios de comunicación, los espectáculos públicos y otras instituciones y actividades sociales, deben contribuir a esta labor educativa reforzando estos valores.

Podemos ahora recapitular diciendo que una persona con inteligencia normal, que haya recibido el tipo de instrucción y educación a la que antes aludíamos, que sea un individuo independiente y con una adecuada capacidad de relación social, con suficiente confianza, autoestima y autocontrol, consciente de sus posibilidades y de sus limitaciones, es una ciudadano sano y productivo independientemente de que pueda padecer alguna limitación física.

Capítulo 5

CONDICIONES Y CAUSAS DEL ENFERMAR PSÍQUICO INFANTIL*

A. LAS CONDICIONES

Para poder comprender la esencia de las estructuras psíquicas morbosas de la edad pediátrica, es necesario reflexionar previamente sobre la naturaleza del desarrollo psicológico, su sentido y su alcance. La regulación del mismo se presentará a veces con perfiles posiblemente patológicos. La desregulación va a ser fácil en la niñez y los factores que la provocan pueden ser, en ocasiones, los mismos que van a servir para constituir la propia estructura psíquica del individuo. La niñez es un largo recorrido hacia la estabilidad de la organización de la personalidad y durante ese trayecto, será muy difícil distinguir con regularidad y en todas las ocasiones lo que hay detrás de cada conducta. Las formas de comunicación son muy diversas, y lo que puede expresarse como un síntoma patológico, puede ser un mecanismo de ajuste pasajero y hasta cierto punto necesario en el conjunto del proceso dinámico de organización de la personalidad. En todo caso, lo que interesa resaltar es que el terreno psíquico normal del niño es el gran proveedor de su psicopatología y no puede comprenderse ésta sin aquél.

Una exigencia metodológica ineludible para entender las vías esenciales del desarrollo psicológico de la infancia, es la de considerar la niñez como un todo organizado en una sucesión de estructuras con un cierto sentido o matiz personalístico. Esta visión fenomenológica nos proporciona una riqueza de observaciones que nos permiten encontrar auténticas conexiones de sentido a las diversas conductas cuya naturaleza queremos conocer. Solamente así podríamos dar el valor adecuado a muchas conductas y encajarlas cronológicamente en el proceso armónico del desarrollo. Todo lo que ocurre tendrá una finalidad cuya más fácil y mejor expresión es

el logro de la individualidad. Veamos algunos de los rasgos que definen lo evolutivo y su relación con lo psicopatológico.

Tres de los aspectos que inicialmente va a caracterizar los procesos del desarrollo son:

1. Continuidad.
2. Búsqueda de la estabilidad individual.
3. Tendencia a la consistencia en la organización de la personalidad.

Existe un juego de continuidad-discontinuidad a lo largo de toda la niñez.

---

* Este capítulo es la modificación y actualización del publicado por D. Cardoze y J. Rodríguez-Sacristán en Temas de Psiquiatría y Psicología del Niño en 1985.

Numerosas conductas siguen un camino continuado casi perfecto, como sucede con el desarrollo de la inteligencia. Otras veces no sucede así siendo la discontinuidad la norma. Se dan interrupciones cualitativas en el contenido, organización y base funcional de ciertos fenómenos, como en los períodos de crisis. Las llamadas etapas del desarrollo se sustentan en este criterio de continuidad, y aunque en la actualidad hay quienes critican la posibilidad de estas etapas, en general se acepta su existencia como períodos secuenciales como es el caso de las fases del desarrollo de la inteligencia expuestas por Piaget, ya que para ello no hay más que aceptar que puede darse un orden progresivo en el desarrollo, cualitativamente discriminable de las etapas previas y características de la mayoría de los miembros de un grupo de edad definido.

Por otro lado, algunos consideran el concepto de etapas como carentes de valor científico y explicativo por ser un término puramente descriptivo que no informa acerca de lo que está ocurriendo, o de por qué no está ocurriendo. “El concepto de etapas según se emplea en la teoría del desarrollo no es sencillo. Generalmente se habla de etapas cuando el desarrollo de la conducta parece avanzar mediante cambios sorprendentes y saludables en las estructuras complejas de conducta… Un enunciado acerca de etapas de desarrollo, por ejemplo, del desarrollo intelectual, es una descripción abstracta y muy compacta de un aspecto muy limitado de conducta… Para tener sentido, la descripción ha de tener un fundamento teórico; tiene que haber alguna razón para reunir a estos segmentos de conducta” (Mussen, Conger y Kagan). De cualquier forma resulta incuestionable en lo evolutivo, este sentido de direccionalidad teleológica, de encadenamientos secuenciales progresivos, de relevos cualitativamente engarzados de continuidad evolutiva normal.

La otra cara de la moneda, lo representa la relación existente entre el terreno psicológico que llamamos normal y el de los trastornos mentales. En ella van implícitos problemas tan importantes como saber dónde termina lo normal y empieza lo patológico. Numerosos autores han investigado y opinado sobre este tema. Unos aceptan una continuidad por la que las conductas patológicas no serían una extensión de las normales con una diferencia de grados, sino que tendrían un nexo de afinidad, de parentesco, y cuya diferencia radicaría en la expresión específica de ambas y no en lo esencial. Los partidarios de la discontinuidad ven una clara distinción cualitativa y cuantitativa entre unas conductas y otras.

También es verdad que el problema de la identificación de una conducta como normal o anormal será, a veces, un problema cultural o dependiente del procedimiento de valoración, lo que lo hace aún más complicado. Además, para una adecuada

conceptualización de los signos o síntomas, intervendrán factores evolutivos de una trascendencia especial como es el pronóstico. Niños que han tenido rasgos anormales, comprobamos después que evolucionan hacia una personalidad madura, completamente normal, en la vida adulta.

Resulta razonable, no obstante, pensar que en la niñez las raíces de lo psicopatológico están implantadas en lo normal, y que hay alguna forma de continuidad entre ambas, así como algún tipo de paralelismo, convergente o divergente, con las conductas normales en casi todas las expresiones clínicas infantiles, aunque esto no pueda afirmarse de manera absoluta ni significa que la continuidad implique persistencia de contenidos. En todo caso, se trata, a nuestro juicio, de un área común, de unos patrones funcionales cercanos que no eliminarían la identidad propia de los trastornos psiquiátricos infantiles.

Otro rasgo esencial en la naturaleza de las relaciones psicológico-psicopatológicas es la evolución hacia unas organizaciones estructuradas que llevan al establecimiento de la individualidad del sujeto. Existe en este sentido un eje estructuración-desestructuración u organización-desorganización que será de sumo interés. En los primeros años de la vida, cualquier situación morbosa se insertará dentro de un determinado momento evolutivo, dentro de unas estructuras lábiles y capaces de readaptarse y de organizarse en función de esas mismas situaciones. Esto es esencial a toda la psicopatología de la niñez y obliga al clínico a concebir las enfermedades como disfunciones enmarcadas en determinadas organizaciones como lo ha dicho Ajuriaguerra. Este autor afirma que “hay que comprender cómo se organiza la alteración tanto en su forma negativa como en su aspecto positivo que toda organización entraña, como asume o sufre su desorganización, cómo en cierto momento se organiza la plenitud de su ser y por qué elige una determinada disfunción (tartamudeo, inhibición psicomotora, etc.), cómo trata de superarse mediante su nueva organización o mediante nuevos funcionamientos parciales elegidos por su historia propia o vistos como una nueva manera de expresar su personalidad”.

Otro rasgo propio de la naturaleza de lo evolutivo es la posibilidad de una diferenciación individual. La controversia crecimiento normativo-diferenciabilidad individual va a matizar todo tipo de valoración psicológica. Las aceleraciones individuales, los saltos abruptos, y las dificultades de normalización de las diversas conductas propias de toda evolución psicológica, van a intervenir independientemente de las causas de la diferenciación individual.

Las crisis del desarrollo

Durante el desarrollo psicobiológico humano se dan una serie de momentos de transición que constituyen etapas críticas. Estas crisis del desarrollo cuyo estudio ha sido realizado por muchos investigadores, tiene para nosotros el interés de que son situaciones vitales normales, pero que pueden tener matices psicopatológicos. Siendo al mismo tiempo unos rasgos propios de la naturaleza del desarrollo normal, pueden expresarse con ansiedad, desorientación, irritabilidad, desequilibrio afectivo y trastornos del comportamiento, con cambios individuales y trascendentes y actitudes de marginalidad o de integración en relación al medio ambiente sociocultural de la persona. A veces es tan abrupto el cuadro que necesita de la atención psicológica.

Estas crisis son siempre final y principio de algo, permanencia, cambio y, en definitiva, evolución. Son además, otra prueba de la fragilidad del proceso evolutivo y de su equilibrio dinámico. Como crisis típicas podemos citar la crisis de oposición y dominio alrededor de los 30 meses de edad; las ocurridas hacia los 4 años; la relacionada con el ingreso al medio escolar; la que coincide con la irrupción del sexo entre la pubertad y la adolescencia; las crisis de transición profesional; las vivencias de soledad existencial en la adultez temprana y la de pérdida de vigencia biológica después de los 45 o cincuenta años. Está claro que no todas las personas pasan de una manera clara y definida por todas estas crisis y quienes sí las viven no las experimentan con igual intensidad.

El eje psicobiológico

Puede afirmarse que lo psicobiológico asume las instancias genéticas, ambientales y culturales que inciden en el sujeto, dándoles un sentido de totalidad. En resumen, supondría la síntesis de lo existencial en lo vital, y la posibilidad de que todas y cada una de las características del ser vivo, tal y como lo entiende la biología moderna, sean la expresión más cabal de las conductas del hombre.

No se trata de la incidencia o convergencia de instancias diversas sin una expresión de naturaleza común. Cabría preguntarse si todo ello no supondría una visión más en psiquiatría y psicología del niño, una teoría o una doctrina más que nos ofrezca otra perspectiva del desarrollo. Creemos que no es así, que no se trata de un nuevo enfoque que excluye a los demás. Es, a nuestro juicio, una visión comprensiva de la totalidad del desarrollo normal y patológico, que no excluye en absoluto ninguna otra de las teorías conocidas. Es una manera de ver los problemas que puede ser enriquecedora en diversos niveles explicativos. No pretende establecer taxonomías excluyentes, sino matizar o dar colores diferentes a las diversas estructuras existentes.

La temática actual por la que se interesa la psicobiología evolutiva es, a grandes rasgos, la siguiente: Los procesos del aprendizaje perceptivo, del aprendizaje psicofisiológico, los fundamentos biológicos de la primera edad, la maduración neuropsicológica y los aspectos ecológicos. Para H. Pick y A.D. Pick, el estudio del desarrollo perceptual se inició en los años treinta para alcanzar su punto culminante en los cincuenta y sesenta, y se empezó como consecuencia de una serie de circunstancias como el fracaso de las teorías clásicas del aprendizaje para tratar, de forma más adecuada, los procesos de la percepción, y la insuficiencia del enfoque normativo-descriptivo del niño, los trabajos de Piaget sobre el desarrollo sensorio-motor del niño como etapa precursora del crecimiento intelectual y sus observaciones sobre la forma de concebir el espacio por parte de aquél, la elaboración de mejores métodos para medir la sensitividad del niño pequeño y la importancia atribuida por Hebb y los etólogos a las experiencias tempranas y a la estimulación sensorial.

Por otro lado, la polémica original entre nativistas y empiristas ha sido superada para dar paso a nuevos enfoques en los que lo innato y lo aprendido se complementan formando un complejo sistema perceptual en el ser humano a lo largo del proceso evolutivo. Los trabajos de Hebb (1949), Piaget (1947), Hubel y Wiesel (1963) entre otros, apuntan en este sentido. Aunque no es el momento de entrar en detalles sobre este tema, mencionaremos los interesantes estudios de Walk y Gibson sobre la percepción innata de la profundidad en el niño mediante el ingenioso experimento del abismo (1961), los de Fantz sobre las respuestas de los neonatos a los estímulos

visuales (1961), los de Bower sobre la constancia del tamaño y de la forma en los lactantes pequeños, los de Brazelton, Freedman, Horowitz y otros desde los años sesenta.

El estudio sobre la maduración perceptual del niño han contribuido a un mejor conocimiento de los procesos de adaptación en los primeros meses de la vida, y del desarrollo de sus relaciones con el mundo circundante a partir de los primeros esquemas elementales.

Las investigaciones sobre fundamentos biológicos de la primera edad han aportado conocimientos que permiten a su vez la mejor comprensión de una gran cantidad de conductas propias de la niñez temprana y del desarrollo normal y patológico a esas edades. Los efectos de situaciones perturbadoras durante esos años han arrojado mucha luz sobre importantes aspectos de la interrelación entre lo biológico y lo psicológico. Así, muchos estudios sobre la privación sensorial, sobre los efectos de algunos trastornos innatos del metabolismo de los principios inmediatos, las enfermedades y malformaciones, y sobre el efecto de traumas físicos pre o peri natales han originado conceptos como el de “niño de alto riesgo”, entendiendo por tal, una situación que pone en peligro el normal desarrollo en un sentido global, psicobiológico, y que puede ejercer su efecto deletéreo más pronto o más tarde según los casos. Ese mismo conocimiento de la biología del incipiente ser humano, y de los factores que pueden alterarlo afectando por consiguiente los procesos normales de adaptación, dio lugar a un modo nuevo de concebir la prevención y el tratamiento de las desviaciones del desarrollo infantil.

Otro fenómeno muy relacionado con la biología de la infancia temprana es el de la impronta (“imprinting”) muy estudiado por los etólogos. Este término hace alusión a la adquisición rápida de una conducta en épocas tempranas de la vida de un animal. La impronta está basada en conductas de carácter innato que deben ser provocadas por un estímulo efectivo ambiental de carácter específico y complejo. Este concepto lleva a otro que es el de “períodos críticos” en el desarrollo evolutivo y aluden a ciertos momentos del acontecer biológico del individuo durante los cuales deben quedar fijadas ciertas respuestas propias de la especie. Los estudios de Harlow sobre la privación afectiva en monos pequeños al separarlos de sus madres, son ejemplos clásicos de desviación del desarrollo emocional y social por causa de una situación perturbadora que impide la formación de lazos afectivos con la madre, los cuales son la base de una adecuada socialización posterior. Las implicaciones que tendría en el ser humano la existencia de de la impronta y de esos períodos críticos serían de una importancia extraordinaria para la psicología normal y patológica.

El proceso de maduración neuropsicológica, otro de los grandes temas que hemos citado, quizá sea desde un punto de vista genérico, el que sustenta todos los demás. El ser humano, complejo animal psicológico y social, debe su existencia como tal al proceso evolutivo que le ha dotado de un peculiar sistema nervioso que esbozado ya a grandes rasgos al nacer, continúa sus procesos de neurogénesis y sinaptogénesis durante los primeros años hasta llegar al estadio en el que su compleja organización le permite las operaciones abstractas, las sutiles coordinaciones motrices y un lenguaje muy elaborado que son la base de la cultura y la civilización.

Desde hace ya muchos decenios se conoce la importancia del cerebro como fundamento de la conducta, de los procesos psicológicos y sensoperceptivos. No

obstante, hubo diferentes modos de concebir el funcionamiento cerebral. Desde las concepciones localicistas y las holistas cuyo enfrentamiento como escribe Pinillos, se remonta al siglo XIX cuando Gall y Spurzheim defendían la existencia de centros específicos cerebrales para la explicación de un sinnúmero de rasgos, cualidades y facultades psíquicas, y Flourens sostenía por su parte el funcionamiento del cerebro como un todo homogéneo, la visión al respecto ha ido cambiando y en la actualidad se han superado aquellas tesis extremas, así como también algunas versiones modernas como la de la Gestalt que proponía un funcionamiento totalista del cerebro dentro de un proceso tónico general de fondo. Los procesos llamados específicos no serían más que momentos funcionales de ese proceso de fondo. El cerebro funciona, según la teoría gestáltica, a base de campos, de fuerzas dispuestas en figuras y fondos siempre tendientes al equilibrio.

Hoy se entiende el cerebro como un órgano de una extraordinaria capacidad de adaptación según las necesidades, y así, para Luria, actúa como un complejo órgano de una gran capacidad plástica, siendo la acción conjunta de sus diferentes partes la base de las conductas complejas. El sistema nerviosos central se concibe actualmente como un sistema jerarquizado de niveles de integración, siendo el nivel superior el último que aparece en la filogénesis, y el que ejerce como totalizador, dominando e integrando a los demás que están por debajo, aunque entre todos existe una interdependencia funcional, pudiendo los niveles más bajos sustituir a los superiores cuando estos se deterioran, pasando aquellos a ejercer el control con la consecuente reaparición de tipos de conducta inferiores.

Las manifestaciones comportamentales y la actividad mental de los niños en sus diferentes etapas del desarrollo psicológico, se corresponderán con la madurez alcanzada por el sistema nervioso central, y por lo tanto su psicopatología tendrá también matices y peculiaridades diferentes a la del adulto, así como también las habrá entre los niños y los adolescentes.

A la luz de las aportaciones hechas por las teorías del aprendizaje se puede comprender mejor la patología de muchas de las llamadas enfermedades psicosomáticas, y de seguir su trayectoria desde los primeros años cuando se producen los eventos ambientales y ciertos estados del organismo. Sin embargo, la cuestión dista mucho de ser una simple situación de estímulo-respuesta, es mucho más compleja y está determinada por una serie de sectores entre los que hay que contar la propia constitución neurovegetativa del individuo, los patrones familiares de reacción, los procesos de reforzamiento que mantiene una determinada forma de reaccionar, los procesos de extinción que pueden actuar modificando el cuadro original y una serie de variables inmersas en el acontecer sujeto-ambiente.

No se puede comprender bien la patología psicosomática sin una adecuada visión que abarque los aspectos del aprendizaje, la constitución biológica, la herencia y las complejas relaciones entre el individuo y su mundo.

Finalmente diremos algunas palabras sobre la ecología, el otro gran tema de la psicobiología. Hasta ahora lo ecológico ha quedado más o menos esbozado o implícito entre los otros temas que hemos comentado. En realidad, se podría haber hecho dos grandes apartados o polos: la maduración neuropsicológica y lo ecológico. Ambos representan los dos extremos o momentos si se quiere, del acontecer de la existencia: el sujeto y el medio. No hay desarrollo, ni aprendizaje ni enfermedad, si no se conciben

dentro de un contexto global hombre-mundo. Y dentro de la niñez, momento evolutivo por excelencia de constante intercambio dinámico con el medio, en una asimilación y adaptación continuas, el ambiente juega un papel más evidente en todos sus aspectos: biológico, social y cultural.

En lo ecológico se incluye el ambiente natural con sus constituyentes físicos y químicos, los micro y macroorganismos (incluido el hombre) y la geografía; el ambiente natural alterado por el hombre como los edificios, el transporte, los alimentos, etc.; y el ambiente situacional: familia, comunidad, grupo étnico, social o religioso, educación, cuidados de la salud, etc. ((Einchorn, Rossi y Puga).

Una vez hecha la introducción en la que a modo resumido hemos tratado el terreno sobre el que se da la enfermedad psíquica infantil, las crisis del desarrollo y los aspectos psicobiológicos, intentaremos definir cada uno de las aspectos que influyen de la psicopatología pediátrica.

Importancia del contexto

Señalaremos en primer lugar el sentido de unidad psico-ecológica que preside e interviene en la constitución de las conductas humanas. Toda esta dinámica contextual se hace patente en diversas formas y niveles estructurales. Interesa resaltar ahora, el hecho de la absoluta necesidad del aporte contextual en la psicología evolutiva y la definitiva trascendencia de lo cualitativo de esa participación en la constitución, organización y mantenimiento de las estructuras normales y patológicas en la niñez. Se trata de una unidad básica funcional que actúa como un bloque unitario, pero que excluye el aislamiento evolutivo de las relaciones objeto-sujeto. Pero este bloque funcional no es rígido ni fijo, sobre todo a nivel psicológico. Pueden establecerse clasificaciones y taxonomías de los diferentes ambientes psicológicos en los que se podría enmarcar un sujeto en evolución. Son de especial interés las descripciones que se han hecho en relación las necesidades y a los fines que persiguen: económicos, políticos, de integración social o de permanencia.

De menor movilidad aunque de un variado dinamismo, son la familia y las instituciones. En relación a la familia cabe afirmar dentro del campo de la psiquiatría, aunque con reservas, que enferma el niño y enferma la familia o viceversa. La familia ha dado lugar a todo un capítulo tan importante como el de las privaciones afectivas, y a toda una psicopatología de riesgo familiar, donde tanta importancia tienen la estructura relacional, el aprendizaje de patrones alterados de comportamiento y la influencia actitudinal, lo que a juicio de muchos autores tiene primacía sobre los factores estrictamente genéticos.

La problemática familiar ocupa un lugar importante en la génesis y desarrollo de muchos problemas de índole psicológica. Hasta tal punto es así, que aunque se mire la psicopatología desde diferentes atalayas doctrinales, no se puede dejar de actuar sobre el medio familiar de una u otra manera a la hora de tratar al niño o adolescente enfermo mental o con trastornos del comportamiento. No obstante, los puntos de vista sobre la forma en que la familia o alguno de sus miembros influye en el enfermar psíquico del niño han cambiado en los últimos decenios en cuanto a ciertos temas. Valga como ejemplo que lo que antes se pensaba que era una influencia morbosa unilateral, partiendo de alguno de los padres o de la familia como microcosmos patológico, actualmente se concibe como una acción recíproca en dos direcciones.

Desde sus primeros meses de vida, un niño puede ejercer una determinada influencia sobre sus padres dependiendo de su estilo temperamental y hasta de sus condiciones psicobiológicas. La conducta provocada en los padres por un niño activo dependerá de la personalidad de aquéllos. Conductas de aproximación, afectivas, o de evitación, rechazo o maltrato, pueden suscitarse según los casos.

Otros temas como el de los hijos de padres separados, los hijos ilegítimos, las diferentes formas de control y de reaccionar de los padres ante situaciones coyunturales del desarrollo del niño, las diferencias en el trato hacia cada uno de los hijos, las situaciones de conflicto matrimonial, de pérdidas de alguno de los miembros de la familia, las situaciones de descalabro económico, entre otras, atestiguan la enorme importancia de la vida familiar en psiquiatría de niños y adolescentes.

En cuanto a las instituciones, complejas unidades sociológicas, tienen un parecido esquema de funcionamiento psicológico en relación a la familia, aunque la fenomenología de ambas es distinta. El hombre es fundamentalmente un ser social y a lo largo de su historia ha ido creando instituciones culturales y sociales con las que ordena y determina su modo de existencia, sus relaciones mutuas y con la naturaleza. Estas instituciones, sumamente elementales en sus orígenes, se han ido diversificando y haciéndose cada vez más complejas, de forma tal que, el hombre de hoy se ve obligado a moverse dentro de los límites que aquéllas le marcan, y gran parte de la lucha de algunos grupos contestatarios es precisamente la de romper las formas de vida impuestas por las instituciones modernas, políticas, sociales, culturales o religiosas.

El niño, desde que nace hasta que llega a convertirse en adulto, está sometido en grado creciente a la acción modeladora de las instituciones de su grupo social y cultural. El objetivo de su crianza es convertirlo en el ser social que aprende a convivir según unos patrones establecidos, lo que es celosamente vigilado por quienes, una vez concluida su niñez, forman parte activa de la sociedad encargada de conservar y transmitir toda la herencia cultural y las instituciones que la sustentan. La escuela es una de esas instituciones que a su vez tiene la misión de servir de marco inicial para esta labor.

No obstante, también las instituciones y las sociedades evolucionan en una constante dialéctica como lo reflejan las continuas crisis sociales de la historia de la humanidad. Con estos cambios, los patrones de comportamiento tienden a ajustarse a nuevos criterios abandonando viejas formas de pensamiento y conducta, lo que no se consigue fácilmente en todos los sectores sociales. Nuestra especialidad tiene que adaptarse a estos cambios que van surgiendo al enfrentarse lo nuevo con lo pasado; las nuevas formas de educación y crianza; los nuevos conceptos sobre las relaciones interpersonales; las formas modernas de pensamiento político y religioso, etc. Todos estos cambios tienen una importancia creciente al momento de concebir los modos de enfermar psíquico de la juventud, las formas de tratamiento, la organización de la prevención y la actuación a nivel familiar y comunitario.

Capacidad de autorregulación

El cerebro infantil es el órgano autorregulable por excelencia. Lo muestra desde el momento del nacimiento, igual que en toda su complejísima organización bioquímica que es imposible de superar en capacidad homeostática. De igual forma, las conductas infantiles tienen la misma capacidad, lo que les permite ese largo recorrido hacia la

estabilidad sin perder los equilibrios alcanzados previamente. No es nuevo el interés despertado por este fenómeno. En diversos momentos ha recibido diferentes nombres para expresar lo mismo. Fechner lo llamaba, en 1873, tendencia a la estabilidad, y antes, en 1859, Claude Bernard había demostrado la constancia del medio interno. W. Cannon, en 1932 lo aplicó a la neurofisiología con el nombre de "homeostasis". El interés que tiene para nosotros en este momento es claro: la regulación del desarrollo psicológico del niño está sustentado en unas bases interaccionales que sistemáticamente intervienen en el proceso evolutivo. Unida a esta situación está la posibilidad de la reversibilidad o irreversibilidad de ciertas conductas del niño. En el proceso de maduración de éste se dan una serie de fenómenos de autorregulación que se pueden resumir en cuatro tendencias: juego interaccional (continuo filo-genético-ontogenético), tendencia a la estabilidad y el mantenimiento, tendencia la consistencia de las conductas organizadoras de la personalidad y tendencia a la reversibilidad-irreversibilidad de las conductas. Quizá sea ésta la más relacionada con la psicopatología y las tres primeras con la psicología, si bien todas pueden tener importancia para ambos aspectos.

Efectivamente, el juego reversibilidad-irreversibilidad está relacionado con tres problemas de excepcional relevancia:

1. La existencia de períodos críticos o de mayor sensibilidad en el desarrollo que son momentos de más receptividad.
2. La existencia de estructuras de personalidad organizadas de un modo menos flexible para responder.
3. La presencia de rasgos organizadores de la personalidad relativamente irreversibles debido a causas diversas (genéticas, experienciales), o a la intervención de mecanismos perpetuantes en la personalidad.

El término reversibilidad tiene diversas acepciones y significados: en el mundo físico es la posibilidad de volver a un estado anterior; en psicología evolutiva supone la posibilidad de modificación de la dirección de una conducta que implica un cambio. En la psicología genética-estructural de Piaget, la reversibilidad es un mecanismo parecido al matemático y aplicable al desarrollo de la inteligencia. En psicología ha sido equiparado también al término regresión. En psicopatología puede usarse en relación al pronóstico y como sinónimo de curabilidad o de vuelta a la normalidad. La versatilidad de la reversibilidad es grande: puede ser completa o incompleta, periférica o nuclear, cubierta o encubierta.

En la deficiencia mental y otras patologías mentales de la niñez la irreversibilidad puede expresarse fundamentalmente de dos formas: a) como rigidez reaccional y b) como dinámica de un proceso que supone el establecimiento definitivo de estructuraciones con interrupción o desorientación de la plasticidad.

Psicopatología crono-dependiente

Una característica que define de modo importante la psicopatología infantil es su dependencia de las diversas fases evolutivas. Un mismo síntoma puede tener un significado distinto en diferentes edades, y así- mismo, una situación morbosa pude tener repercusiones de diferente signo dependiendo del momento en que incida en el sujeto en desarrollo, de su nivel de maduración biológica y emocional, de su capacidad de asimilación y de adaptación.

Un ejemplo muy claro de esto podemos verlo en relación con las consecuencias de la privación emocional, o de las hospitalizaciones prolongadas a edades críticas muy tempranas que pueden ser irreversibles, mientras que en edades posteriores los efectos de esas situaciones pueden ser más fácilmente asimiladas y superadas.

No se dan en el niño los patrones psicopatológicos más o menos fijos del adulto, con los cuales nos podemos permitir hacer uso de una nosología más exacta. En aquél se confunde con mucha facilidad lo pasajero y propio del acontecer evolutivo, y por tanto reversible si las condiciones son normales, precisamente por el carácter cambiante de sus manifestaciones conductuales y emocionales. Muchos problemas del adulto como las neurosis, la esquizofrenia, las depresiones, etc., se dan también en los niños, pero no se ha podido demostrar, salvo para la esquizofrenia y el trastorno bipolar, que exista una continuidad de estos procesos patológicos desde la niñez hasta la vida adulta, y en muchos casos se da una recuperación total. Por otro lado, no está claro si a muchos de estos cuadros clínicos perfectamente definidos en los adultos se les encuentra igualmente delimitados en los niños. Más bien cabe pensar que antes de la adolescencia existe una gran fluidez en los modos de enfermar psíquico.

Sin embargo, y de acuerdo con mucho de lo dicho hasta ahora, existen ciertos cuadros cuyos orígenes cronológicos son más propios de unas edades que de otras. El autismo infantil precoz es un cuadro propio de los primeros treinta meses de vida siendo ésta una de sus características diagnósticas. Las fobias escolares no se dan antes de que el niño haya iniciado la escuela y experimentado las situaciones traumáticas que de esa experiencia pueden surgir.

La maduración biológica, las características genéticas, el desarrollo cognitivo y afectivo están en la base de las diferentes formas patológicas relacionadas con la edad, pero siempre con el concurso de las situaciones externas experimentadas por los niños en su crecimiento.

Algo que puede ser tan evidente como lo es la diferenciabilidad individual en lo psicológico y lo psicopatológico, fue descuidado hasta hace unos decenios. Desde entonces se viene insistiendo en la importancia de las individualidades tanto psicológicas como biológicas y vivenciales para la valoración, tratamiento y pronóstico de las alteraciones mentales y del comportamiento. El trabajo de Thomas, Chess y Birch en 1968 “Temperament and Behavior Disorders in Children” es uno de los pioneros en este sentido.

Las diferencias temperamentales ya esbozadas en el nacimiento y la particular constitución biológica determinada poligénicamente, condicionan en gran medida los modos de interacción del individuo con su medio ambiente y por tanto, la aparición de unas formas más propias de enfermar o de comportamiento anormal.

El psiquiatra de niños se expone al fracaso si se mueve dentro de unos límites amplios y demasiado universales, aplicando conceptos y tratamientos con criterios estrictamente nosológicos sin tener en cuenta la necesidad de adaptarlos al caso individual, al niño concreto que tiene por delante. Éste se presenta con una manera particular de ser, inmerso en una realidad propia de la que es al mismo tiempo configurador. Niño, padres, escuela, maestros, compañeros, circunstancias socio-culturales, étnicas y económicas, así como actividades del propio paciente y sus relaciones con el terapeuta, constituyen elementos que se combinan de modo complejo para hacer de cada caso un mundo aparte. La importancia de esto ya se recoge en los

libros modernos de texto desde hace unos años como en el de Rutter y Herzov en el que se dedica el primer capítulo a las diferencias individuales.

Poligenia

Si antes existía una clara oposición entre los defensores de la herencia y los del ambiente como factores etiológicos de las enfermedades mentales, la polémica está superada hoy día siendo ya ingenuo plantear el problema desde estas perspectivas extremas. Lo que se cree actualmente es la necesidad de conocer mejor cómo ambos factores actúan en un individuo para producir una personalidad normal u otra patológica.

Se puede afirmar que existe una línea continua herencia-medio, entendiendo por medio todo aquello, físico o psicológico, que actúa sobre la persona desde el exterior incluso en la vida prenatal; y por herencia todas las tendencias biológicas transmitidas en la dotación genética y susceptibles de manifestarse con mayor o menos independencia del medio.

Desde este punto de vista, algunos procesos patológicos estarían muy determinados por el genotipo con escasa participación de los factores ambientales y viceversa, siendo ambos casos, los extremos del continuo. No obstante, cabe pensar que la mayoría de las enfermedades y trastornos del comportamiento se sitúan lejos de ambos extremos. Como no es el momento de extendernos en este apartado, tomaremos finalmente el cuadro de Shaw en el que el autor expone los diversos elementos que influyen en la formación de la personalidad y de las enfermedades mentales.

Factores de la Conducta Humana

A) Factores hereditarios.
1. Determinantes genéticos de la conducta.
2. Instintos.
3. Predisposición constitucional a las enfermedades mentales.

B) Factores del medio ambiente.
1. Aprendizaje.
2. Experiencia interpersonal.
3. Cultura.
4. Lesiones orgánicas del cerebro.

(Shaw, 1969).

Estructura constitutiva y procesos interaccionales

Por estructura constitutiva entendemos toda la organización anatómica y funcional del niño y sus cambios a través del desarrollo. Hay en el niño características de tipo anatómico-fisiológico que lo hacen diferente del adulto y que son la causa de que se diga que no es un adulto en miniatura. Estas diferencias son más acentuadas mientras más pequeño el niño.

El cerebro aún inmaduro del lactante no llega a tener la estructura y la capacidad propias del adolescente o del adulto hasta la edad escolar, aunque después continúa

desarrollando conexiones y madurando estructuras, especialmente en las áreas de asociación y en estrecha relación con la estimulación ambiental. Un índice de esta maduración cerebral es el patrón electroencefalográfico que desde sus formas poco organizadas en el neonato va adquiriendo el patrón de ondas propias del adulto, así como los ritmos típicos de vigilia-sueño.

Las necesidades metabólicas muy superiores a las de los adultos en los primeros años, van disminuyendo progresivamente hasta la adolescencia cuando se asemeja mucho más a las de aquéllos. El metabolismo infantil condiciona toda una serie de actividades diarias relacionadas tanto con la conducta alimentaria como con la conducta motora propias de estas edades, así como también las dosis de psicofármacos que se requieren para el tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos conductuales.

El crecimiento desigual de las diversas partes del organismo infantil da al niño unas peculiaridades físicas cambiantes que afectan en cierta manera sus relaciones con el entorno. Es el caso del niño pequeño con un mayor control del segmento superior del cuerpo pero que todavía se muestra torpe con los miembros inferiores y cae fácilmente, o del púber que nota sorprendido un crecimiento de sus genitales cuando aún su aspecto general es el de un niño.

En suma, una serie de cambios neurológicos, metabólicos, hormonales, esqueléticos y musculares que van a hacer del niño un individuo bastante diferente desde el punto de vista biológico, lo que no se debe olvidar cuando se desea comprender la patogenia de las enfermedades tanto físicas como psíquicas de la niñez y la adolescencia.

Pero el niño no es solamente un organismo que crece y se desarrolla en forma pasiva, sino que lo hace merced a unos procesos interaccionales de asimilación y adaptación, para utilizar términos de Piaget, a niveles biológicos y psicológicos. En este proceso dinámico el niño ingresa sustancias o señales del exterior que metaboliza y elabora, organizando con complejidad creciente su propia estructura física y psíquica. Esta misma organización psicobiológica es la que determina la aparición de modos conductuales también cada vez más complejos.

Con la estructura psicobiológica y sus intercambios con el ambiente va paralela la estructuración de la personalidad y la posibilidad de una desorganización en cualquier momento. A veces el proceso desorganizador adquiere permanencia y el niño se adapta a su nueva situación, pero en condiciones de inferioridad respecto al estado de organización al que hubiese llegado de no haber sucedido la interrupción del proceso de desarrollo. Tal es el caso, por ejemplo, de los niños con parálisis cerebral que intentan compensar su déficit motor con posturas o actos de menor valor adaptativo, o de las conductas auto estimulantes como una vía compensatoria de su desorganización perceptivo-motora.

La infancia es pues, un momento crítico en el que los procesos de organización psicobiológica pueden sufrir detenciones o regresiones, teniendo el sujeto que las padece que readaptarse a sus nuevas condiciones de vida pero siempre con menoscabo de su capacidad adaptativa.

B. LAS CAUSAS

Habiendo revisado las condiciones y características de las enfermedades psíquicas de la niñez, nos toca ahora ocuparnos de las causas inmediatas de las mismas. En los capítulos correspondientes a las diferentes patologías trataremos más específicamente las posibles etiologías de cada una de ellas. Aquí solamente haremos una referencia general a éstas y de manera somera.

Las causas de las enfermedades mentales y de los trastornos del comportamiento en la niñez y la adolescencia pueden ser:

- Endógenas
- Exógenas.

Las endógenas se refieren exclusivamente a las predisposiciones genéticas, heredadas o adquiridas de novo que ya sea por sí solas o en combinación con factores externos, producen los síntomas patológicos. Trastornos como la esquizofrenia, los trastornos afectivos bipolares, el autismo infantil y otros similares, los trastornos hipercinéticos, los de aprendizaje, algunos tipos de retardo mental, los trastornos de ansiedad y los obsesivo-compulsivos tienen un fuerte componente etiológico genético indudablemente. Así los confirman los estudios de familias, de parejas de gemelos y los que se realizan en los laboratorios de Genética en los que ya se empieza a identificar algunos genes relacionados con estas patologías. Lo que en última instancia se cree que producen los genes alterados serían alteraciones de la neurogénesis, de la regulación de los neurotransmisores, de sus receptores y a otros niveles de la actividad enzimática de las neuronas pre y postsinápticas.

En algunos casos, las enfermedades condicionadas genéticamente se manifestarán tempranamente como es el caso del autismo infantil, del retardo mental, de los trastornos del aprendizaje, del trastorno hipercinético e incluso de los síntomas de ansiedad u obsesivo-compulsivos, pero en otros su presentación no se hará, por lo general hasta llegada la pubertad o la adolescencia como es el caso de los trastornos afectivos y de la esquizofrenia.

Las causas exógenas son variadas y podemos agruparlas de la siguiente manera:

- Lesiones adquiridas del sistema nervioso central.
- Privación afectiva temprana.
- Otros traumas psicológicos.
- Enfermedades físicas crónicas.
- Defectos en la crianza y educación.

Las lesiones del sistema nervioso central producidas durante la etapa intrauterina interrumpen o alteran el normal proceso de neurogénesis (formación de neuronas, migración de las mismas, establecimiento de lo patrones normales de conexión ínter neuronal y muerte de áreas más o menos extensas de tejido nervioso) con secuelas físicas sensorio-motoras, y psicológicas como retardo mental, trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje, hiperactividad, trastornos del control de impulsos y otras. Estas lesiones pueden ser producidas durante el primer trimestre de la gestación por infecciones bacterianas o virales tempranas como es el caso de la rubéola, el

citomegalovirus y la toxoplasmosis; medicamentos, tóxicos como el alcohol y el tabaco, los opiáceos, la marihuana y la cocaína.

Durante el segundo y tercer trimestres del desarrollo fetal, así como en el período perinatal un insuficiente suministro de sangre y nutrientes al feto, las infecciones y los tóxicos pueden también provocar cambios en la neurogénesis que aumentan la propensión a enfermedades como la esquizofrenia, el trastorno hipercinético, autismo infantil y otras limitaciones del desarrollo psicomotor y del aprendizaje. Los traumas obstétricos con hemorragias intra cerebrales y la hipoxia perinatal son también factores importantes y frecuentes de lesiones y disfunciones cerebrales que dejan como secuelas patologías como las ya mencionadas.

En los primeros meses y años de la vida postnatal, otras infecciones como las meningitis de diversa etiología, traumas craneoencefálicos, intoxicaciones, hipoxia por inmersión y la desnutrición prolongada causan anomalías en la anatomía y la fisiología del sistema nervioso central con sus secuelas psicopatológicas que van desde el daño cognitivo hasta dificultades en el control de impulsos y conductas violentas.

Los niños que padecen privaciones afectivas prolongadas en los primeros años de la vida muestran mayor tendencia a dificultades en el desarrollo de la personalidad, a trastornos afectivos, detenciones del desarrollo cognitivo, psicomotor y del lenguaje. La privación afectiva no solamente se da en niños que han sido abandonados sino también en aquellos que tienen madres que padecen trastornos del humor como depresión, trastorno bipolar, trastornos psicóticos o de personalidad y que no están en capacidad de satisfacer las necesidades afectivas de sus hijos. En niños mayores y adolescentes, la privación del afecto, ya sea por abandono, negligencia o por marcada hostilidad parental, las consecuencias en los hijos afectados pueden manifestarse como depresiones, intentos de suicidio, trastornos de ansiedad y de conducta.

Situaciones que representan una amenaza para la integridad física o psicológica del niño o el adolescente se constituyen en causas de aparición de síntomas psicopatológicos, al igual que aquellas en las que se experimenta un estado de pérdida, ya sea de una persona importante en la vida del niño o de tratos afectivos a los que está acostumbrado o a los que aspira. En términos de ciencias de la conducta se podría decir que estas situaciones son de tipo aversivo o de ausencia de refuerzos positivos afectándose el estado anímico de la persona y sus modos de comportamiento. En lenguaje más cotidiano se habla de situaciones traumáticas. Éstas pueden darse a cualquier edad y en diferentes ambientes: familiar, escolar y social en general.

En el ambiente familiar los traumas psicológicos son ocasionados por:

- Pérdida física de alguno de los padres o ambos
- Abandono afectivo de alguno o ambos de los padres.
- Vivencia de estados de tensión entre los padres o entre éstos y alguno de los hijos.
- Agresiones psicológicas y/o físicas entre padres o de éstos hacia los hijos.
- Abuso sexual por parte de un familiar.
- Pérdida física de algún hermano o hermana.
- Disminución abrupta del nivel socio-económico de la familia.

- Catástrofes como pérdida de la vivienda por incendio o terremotos, asaltos dentro de la residencia, intervención policial, etc.

En el ámbito escolar:

- Maltrato y marginación por parte de los compañeros
- Humillación o agresión por parte de docentes.
- Fracasos académicos.
- Saturación académica (exceso de exigencias por parte de los docentes).
- Cambios constantes de escuela (inestabilidad académica).
- Dificultades para estar a la altura de las exigencias académicas (casos de trastornos de aprendizaje o capacidad intelectual debajo de lo normal).

En el ámbito social:

- Incapacidad para hacer amistades.
- Agresiones por parte de otros jóvenes del barrio.
- Asaltos y/o intentos de agresión con armas.
- Abuso sexual por parte de extraños.
- Conflictos con autoridades policiales.
- Actividad delictiva en el vecindario (barrios de zonas rojas).
- Guerras civiles o invasiones.
- Catástrofes naturales que afectan la ciudad donde se vive (aunque no incluya la residencia del niño).
- Lesiones físicas graves por accidentes en la vía pública u otros lugares fuera del hogar o la escuela.
- Inducción al consumo de drogas ilícitas o de alcohol.
- Agresiones por parte de animales(mordidas de perros, etc.).
- Influencia perniciosa o alarmante por parte de medios de comunicación social o del cine.

Las enfermedades crónicas que incapacitan al individuo de alguna manera o que lo someten a tratamientos prolongados o permanentes, como es el caso de la diabetes, la epilepsia, malformaciones congénitas o pérdida de miembros, lesiones deformantes de la piel por quemaduras o por causas genéticas, parálisis cerebral, sordera, ceguera, enanismo o gigantismo, y otras como el autismo y el retardo mental, hacen más difícil al niño su adaptación social y el logro de una autoimagen positiva haciéndolo más proclive a los estados psicopatológicos como la depresión, los estados de ansiedad, los trastornos de la conducta especialmente en el medio familiar y los trastornos de la personalidad. Pero, además, son niños en mayor riesgo de abuso físico o psicológico por parte de los otros niños o incluso de sus hermanos o padres.

Los defectos en la crianza y educación por parte de los padres incluyen situaciones como:

- Crianza permisiva (“malacrianza”) que favorece los trastornos de la conducta o disociales.
- Sobreprotección parental que fomenta los estados de inseguridad, de incapacidad social y de ansiedad de separación o generalizada.

- Educación excesivamente autoritaria, dictatorial que provoca en los hijos depresiones, rebeldías, conducta oposicionista, trastornos del sueño o de los esfínteres, intentos de suicidio, conducta agresiva.
- Exceso de restricciones para el desarrollo de la vida social del niño o el adolescente con su secuela de conductas de huída, embarazos prematuros para escapar del hogar, conductas de desafío y oposicionistas, depresiones, fracaso escolar,
- Negligencia en la corrección de faltas o mal ejemplo de parte de los adultos en este sentido favoreciendo los trastornos de la conducta, los malos hábitos sociales, las actividades delictivas o el consumo de drogas.
- Enseñanza negativa inculcando al niño hábitos, actitudes y conductas inadecuadas para la vida en sociedad: racismo y discriminación social, machismo, apadrinamiento de sexualidad prematura, falta de consideración por los demás o por las leyes, mentir cuando es conveniente para obtener provecho, etc., lo que tiene como resultado niños y adolescentes con trastornos psicopáticos o disociales, con trastornos de conducta en la escuela y en el vecindario y delincuencia (incluida la de cuello blanco en la vida adulta).

Capítulo 6

LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL.

En la actualidad no hay profesionales de la salud que no estén de acuerdo en que más vale prevenir que curar. Nuestras consultas se verían menos abarrotadas de pacientes si se pudiera ejercer una acción preventiva precoz, evitando así la aparición de psicopatologías y trastornos de la conducta que son perfectamente prevenibles. Pero no existen en la realidad verdaderos programas y campañas en este sentido, y las actividades que alguna vez se realizan a nivel comunitario son muy fragmentarias y escasas, sin un seguimiento que compruebe su eficacia.

La prevención de las enfermedades mentales y de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes tiene que hacerse con un enfoque comunitario necesariamente. Éste debe tomar en cuenta una serie de factores sociales, culturales, políticos e históricos que determinan el tipo de costumbres y conductas que es necesario cambiar o suprimir en una acción de tipo preventivo. La sociedad dispone de una serie de estamentos mediante los cuales controla las conductas de sus miembros: la educación, los sistemas correctivos-judiciales, los sistemas de salud social y rehabilitación, y los de promoción de la salud mental. Los sistemas educativos operan a través de las escuelas y otros medios educativos disponiendo de programas o subunidades operativas como los programas de orientación, de educación especial, de asistencia social escolar y de Psicología escolar. Los sistemas judiciales ofrecen acciones correctivas y de penalización así como programas de tutelaje y vigilancia. Los sistemas de salud social disponen de centros comunitarios, agencias de protección al niño y asistencia a la familia, de consejería matrimonial y sobre educación de niños. Y finalmente, los programas de salud mental de tipo médico disponen de hospitales, de

centros médicos, terapias de grupo y de familia y otras. En este sentido, existe una tendencia a convertir los hospitales en centros de promoción de la salud mental en contraposición a lo que en realidad han sido hasta ahora y continúan siendo: centros de iatrogenia mental. La introducción de la vigilancia y promoción de la salud mental en hospitales en base a equipos de profesionales encargados de estos objetivos, es un fenómeno reciente que surge del interés de establecer unas mejores relaciones del niño con su ambiente y de una visión más completa de la salud. Algunos países han establecido estos programas con muchos de anticipación a otros, especialmente de los más avanzados en materia de salud mental.

En nuestro país tenemos planteadas una serie de dificultades para el logro de una verdadera Psiquiatría comunitaria y que resumimos a continuación.

A.En relación a los psiquiatras y psicólogos de niños:

1. Pocos profesionales con la preparación adecuada en estas disciplinas.
2. Carencia de personal profesional auxiliar con formación suficiente en salud mental infanto-juvenil que permita al clínico la conformación de un equipo de trabajo.
3. Desconocimiento o falta de conocimientos profundos de aspectos culturales, históricos y étnicos relacionados con el medio en el que se ejerce la promoción de la salud mental, con la consiguiente reducción del panorama comunitario que tenemos por delante.
4. Condicionamientos de tipo económico y burocrático que empujan al profesional a adaptarse a un sistema restringido de oferta y demanda.
5. Carencia de métodos confiables de información relacionados con los modos de vida de las familias y de las comunidades en las que se desenvuelven.
6. Desconocimiento de la incidencia y prevalencia de los problemas psicopatológicos de la niñez y la adolescencia en las comunidades, lo que impide al clínico reconocer y actuar con mayor eficacia sobre los factores etiológicos, y establecer con los demás profesionales afines los programas preventivos.
7. Problemas de confiabilidad entre los clínicos en cuanto a conceptos diagnósticos que dificultan la comunicación y provocan confusión.

B.En relación a los beneficiarios.

1. Rechazo por muchas personas de la comunidad al psiquiatra o al psicólogo a quienes miran con recelo, como escrutadores de la vida ajena.
2. Insuficiente información del público incluyendo a muchos profesionales de la Medicina sobre el objeto y los beneficios de un tratamiento temprano o acto preventivo de tipo psicológico.
3. Poca participación de los padres varones en comparación con las madres en las actividades promocionales o clínicas.
4. Las malas condiciones de vida de una gran parte de la población que hace que muchos factores del medio cobren una mayor importancia y limiten mucho la labor de consultorio.
5. La información que proporcionan los familiares de los niños es con frecuencia deformada con el afán de presentar un problema centrado únicamente en aquéllos, y convertirlos así en las “canastas de culpas”.

6. La reticencia de muchos adultos relacionados con el niño o el joven a hacer cambios en sus actitudes y conductas.

C. En relación al medio donde se ejerce la acción.

1. Concentración de profesionales en el ambiente limitado de los consultorios y de los grandes centros médicos.
2. Falta de infraestructuras adecuadas para ofrecer servicios comunitarios de salud mental.
3. Ausencia de una red de comunicaciones entre los grandes centros y los centros comunitarios que favorezca una labor de cobertura amplia y coordinada.

En nuestra opinión un programa de prevención comunitaria debe descansar sobre unas premisas básicas que son:

1. Una suficiente y apropiada información y educación de la población.
2. Una política de Estado comprometida con esta labor desde un punto de vista económico, con una planificación eficiente y no solamente de apoyo moral o con fines electorales.
3. Creación de un sistema fluido de intercomunicaciones y referencias entre la comunidad básica y los equipos de salud mental: sistemas multiplicadores que faciliten el acceso a la comunidad.
4. Formación del personal necesario que pueda realizar esta labor de proyección a la comunidad: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas en las diferentes ramas(ocupacional, física, aprendizaje, lenguaje, del desarrollo), y trabajadores comunitarios orientadores.

La prevención puede darse a tres niveles:

1. La prevención primaria que intenta disminuir la prevalencia de los trastornos reduciendo su incidencia.
2. La prevención secundaria que tiene como objetivo intervenir para reducir la prevalencia a través de los tratamientos.
3. La prevención terciaria que se refiere a los esfuerzos para minimizar las secuelas de un trastorno ya establecido y es la rehabilitación.

Los tres niveles son entonces también: la prevención propiamente dicha, el tratamiento y la rehabilitación.

En este capítulo trataremos de la primera: la prevención primaria, y Estableceremos los niveles de acción necesarios de la labor preventiva.

Primer nivel: preparación de profesionales

Para poder llevar a cabo un plan nacional de prevención mediante la educación de la población, es necesario formar más profesionales que puedan encargarse de su dirección y ejecución. Este primer nivel consiste en:

- Preparar más psiquiatras de niños y adolescentes. Todas las familias del país deben poder tener acceso a la atención psiquiátrica para sus hijos a modo de prevención o cuando requieran tratamiento, para lo cual debe garantizarse la existencia de estos profesionales en todas las capitales de provincias en lo que a nuestro país de refiere. Además, debe dotarse a estos profesionales de los medios necesarios para su trabajo, como lo son otros especialistas que conforman el equipo interdisciplinario (o transdisciplinario), medicamentos de buena calidad, literatura actualizada y la posibilidad de cursos de actualización cada cierto tiempo. Por otra parte, se deben hacer cálculos estadísticos que informen periódicamente cuántos psiquiatras se requieren por cada tantos niños en las diferentes provincias del país.

- Preparar también profesionales afines al psiquiatra como psicólogos clínicos de niños y de familia, enfermeras especialistas en salud mental infantil y juvenil, trabajadoras sociales con formación en este campo de la salud mental, terapeutas ocupacionales, de lenguaje, del desarrollo infantil y del aprendizaje (maestras especialistas en educación especial).

- Dar una enseñanza más amplia en materia de psiquiatría y psicología de niños a los pediatras, psicólogos generales y educativos, médicos familiares y generales así como a enfermeras no especializadas para que puedan participar de las campañas de prevención y actuar en los primeros niveles de atención en centros de salud y policlínicas.

Segundo nivel: la educación de la población

La educación de la población debe tener como finalidad el conocer los aspectos básicos del desarrollo y la psicología normal de la niñez y la adolescencia, el saber reconocer cuándo un menor está presentando síntomas que requieren atención profesional, las situaciones que colocan a un niño en riesgo de sufrir alteraciones psicopatológicas y los métodos adecuados de crianza. Lo común es que a las personas no se les instruya en este sentido a menos que sigan una profesión relacionada con el tema, pero incluso algunas como los maestros y profesores de escuela no reciben la formación suficiente en relación al desarrollo normal y anormal de los niños. Casi en ningún currículo académico escolar o universitario se contempla esta enseñanza. Los adultos, al convertirse en padres de familia actúan según lo que vivieron en sus propia niñez y por ensayo y error, siendo más bien pocos lo que sin tener conocimientos al respecto, resultan padres eficientes de manera natural, utilizando una cierta sabiduría que les permite conducirse con lógica, prudencia, coherencia y flexibilidad. Algunos otros, se preocupan por informarse leyendo libros o asistiendo a conferencias o cursos sobre psicología y psicopatología infantil, pero insistimos, son muy pocos quienes lo hacen, al menos en nuestro medio.

Es innegable que una mayor información en este sentido es necesaria para poder iniciar una verdadera campaña de prevención. Esta información tiene que incluir aspectos como:

- El desarrollo psicobiológico normal de la infancia a la adolescencia.

- Las necesidades básicas de los niños y jóvenes para un desarrollo psicosocial normal.
- Las causas de las enfermedades mentales y de los trastornos del comportamiento incluidas, por supuesto, las de índole familiar.
- Los patrones de crianza y comunicación intrafamiliar que promueven una buena salud mental.
- El papel de la escuela en la formación integral de la persona y su influencia en la salud mental.
- En qué consisten la Psiquiatría y la Psicología de niños y adolescentes y cuándo se debe acudir a consulta con un especialista en esas disciplinas.

Esta instrucción a la población debe ser dirigida por personal capacitado en la materia y darse como:

- Una materia obligada del currículo académico en los tres últimos años de la escuela secundaria.
- Una materia obligada de toda carrera universitaria o técnica desde el primer año.
- Seminarios anuales en todas las empresas estatales y privadas también como una norma exigida por el Ministerio de Salud.
- Seminarios de capacitación a familias que asisten a las clínica de desarrollo infantil en los hospitales, policlínicas o centros de salud del país.
- Requisito antes de contraer matrimonio civil. Si las personas que desean casarse no se han graduado de la escuela secundaria o no han ido a una universidad, y por tanto no han recibido la preparación a que antes mencionábamos, entonces se les podría exigir que reciban una determinada cantidad de horas de instrucción en el centro de salud o policlínica más cercana. Esta formación debe ser garantizada y vigilada por el Estado para evitar que se den certificados falsos en las clínicas privadas.
- Programas en los medios de comunicación públicos y privados.
- Artículos seriados en los diarios.

Una política coherente y consistente dirigida por el Estado y que abarque los puntos antes citados para hacer de los ciudadanos padres más efectivos, reduciría grandemente la incidencia de los problemas psicológicos de los menores de edad, al menos de los que están relacionados con una crianza y educación deficiente o malsana. Los niños que están por nacer o que nacerán algún día, tienen el derecho ser criados por padres más conscientes de sus necesidades y mejor preparados para su papel de educadores, por eso no creemos que una exigencia como la que hemos propuesto para personas que serán padres de familia sea exagerada o caprichosa.

Tercer nivel: la familia

Aparte de la educación que las personas que van a ser padres y las que ya lo son recibirían a través de los programas citados en el primer nivel, hay aspectos relacionados específicamente con la familia y que merecen atención en cuanto a la prevención, siendo aquellos que tienen que ver con las condiciones para que una familia pueda vivir en un ambiente beneficioso para la crianza y educación de los niños que en ella crecen. Estas condiciones son:

- Disponer de una economía que permita satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda adecuada, educación, vestimenta, entretenimiento y recreación sanas.

- Poder establecerse en un vecindario tranquilo, bien protegido, sin peligro de drogas ilícitas, de pandillas y otras circunstancias nocivas que puedan influir en los hijos.

- Que los padres o adultos de la familia hayan tenido acceso a la educación escolar, universitaria o técnica-vocacional. Y si no lo han tenido o no la han completado antes de formalizar un hogar, que se les permita mediante ayudas financieras del Estado u otros organismo no gubernamentales, iniciar o continuar su educación académica o técnica, ya que en el mundo actual es requisito importante para mejorar el nivel socio-económico.

- Que las madres y padres que trabajan, puedan tener horarios que les faciliten estar más tiempo con sus hijos.

- Que las madres que viven solas con sus hijos puedan ganar un salario equiparable al de un trabajador masculino y disponer de ayudas financieras del Estado proporcionales a la cantidad de hijos que debe mantener.

- Que las parejas que deseen tener descendencia puedan recibir consejo genético, especialmente cuando hay en su familia personas con algún trastorno de índole genética, de manera que puedan estar al tanto de las posibilidades estadísticas de que sus hijos puedan heredarlo.

- Que las madres en estado de gestación puedan llevar control médico y ser debidamente asistidas a la hora del parto, para evitar en lo posible daños en el niño que puedan resultar después en retardo mental, dificultades del aprendizaje, hiperactividad con déficit de atención o lesiones neurológicas.

- Que los padres o tutores sean personas sanas emocionalmente y comprometidas con las responsabilidades que implica el traer hijos al mundo; quererlos, compartir con ellos, ser consistentes en la disciplina y coherentes en su conducta con lo que les exigen(dar el ejemplo), darles una esmerada educación y, por supuesto, satisfacer sus necesidades básicas. Para esto es también importante que los padres tengan acceso a la atención psicológica cuando lo requieran.

La familia sana, donde se vive en armonía y con un mínimo de conflictos se caracteriza por:

- Una clara definición de roles.
- Normas bien establecidas y definidas.
- Relaciones basadas en la confianza, el respeto mutuo y la generosidad.
- Ejercicio de la autoridad parental de manera firme, consistente y humana.
- Ausencia de violencia física o psicológica.
- Tolerancia y paciencia.
- Comunicación frecuente y afectuosa.

- Fomento de la independencia en los hijos.
- Aceptación de las diferencias individuales y del propio valor de cada uno de los miembros de la familia.
- Capacidad para superar rápidamente las crisis que puedan originarse en el proceso de crecimiento y desarrollo familiar.
- Adaptación a los cambios producidos por ese proceso.
- Apertura al mundo exterior pero conservando la idiosincrasia y unidad familiar.
- Compromiso de los padres a seguir ejerciendo cabalmente su papel en caso de una separación.

Estas condiciones se promueven en el primer nivel de prevención pero debe hacerse también directamente con familias con alguna condición de riesgo como:

- Padres con baja o ninguna escolaridad.
- Padre o madre con alguna patología psiquiátrica grave (esquizofrenia, bipolaridad, paranoia, celotipia, alcoholismo, dependencia a drogas, depresión crónica, ansiedad extrema, sociopatía y otros trastornos de la personalidad).
- Historia parental de traumas infantiles no superados.
- Conflictos maritales persistentes.
- Presencia de algún menor con trastornos temperamentales o de la conducta de causa endógena.
- Padres con conceptos erróneos sobre crianza y educación.

Cuarto nivel: la atención temprana de niños en condición de riesgo

El concepto de niño de riesgo o de “alto riesgo” ha venido utilizándose en Pediatría para referirse al niño que es susceptible de verse afectado en su desarrollo físico y/o mental por situaciones anormales durante la gestación, el período perinatal y postnatal inmediato. Pero además incluye a los que sin presentar estas situaciones mencionadas, tienen que vivir en ambientes poco estimulantes o perniciosos para su desarrollo.

Por otro lado, la estimulación temprana intenta promover al máximo el potencial de desarrollo psicofísico del niño desde sus primeros meses de vida. Siendo el ser humano un ser bio-psico-social, la estimulación temprana debe abarcar estos tres aspectos por igual. Sería erróneo enfocar los objetivos de la estimulación a uno de estos aspectos solamente. La estimulación temprana debe consistir en un proceso amplio y sistemático en el que los esfuerzos se centren en la consecución de un desarrollo armónico del niño, o en un intento de aproximar su funcionamiento a un nivel más adecuado desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

Estos objetivos deben lograrse mediante una labor interdisciplinaria que haga énfasis en la acción directa y eficaz de los padres y demás personas relacionadas con la vida diaria del niño. La intervención de estas personas como meros espectadores, o a lo más, como colaboradores secundarios en la aplicación de una serie de métodos de estimulación temprana, conducirá a éstas a un callejón sin salida. Un verdadero programa de estimulación tiene que comprometer a la familia del niño a un trabajo constante bajo la supervisión y entrenamiento del equipo profesional.

Un programa de seguimiento a niños de alto riesgo y otro de estimulación temprana son dos eslabones de una misma cadena de acontecimientos: por medio del primero se detecta y se clasifica a los niños que por una circunstancia u otra requerirán de un programa de estimulación, aunque éste no tiene que ser aplicado solamente a niños con factores de riesgo, ya que puede también aplicarse a niños que no cuentan con esos antecedentes con el fin de maximizar sus potencialidades.

Es peligroso fundamentar las posibilidades de que un niño llegue a un programa de estimulación temprana en la existencia previa de un diagnóstico médico. Con frecuencia, cuando éste se llega a establecer, han pasado varios meses(a veces años) y el niño ha perdido la oportunidad de un beneficio más completo. Esto ha llevado a una política mediante la cual cualquier niño que presente alguna condición de riesgo (biológico, familiar o social), pueda beneficiarse lo más pronto posible de un programa de estimulación en cualquiera de sus modalidades, sin necesidad de que sea un médico el que dé la orden de iniciarlo. En este sentido existen dos fuentes de referencia a la estimulación:

- La hospitalaria.
- La extra hospitalaria.

Dentro de un ambiente hospitalario son varios los profesionales que pueden hacer la captación de un niño en riesgo: el psiquiatra que conoce los antecedentes de la madre y la familia; el obstetra que conoce la historia ginecológica y obstétrica de la madre; el pediatra neonatólogo que atendió el nacimiento del niño y su estado perinatal inmediato; el pediatra de la clínica de crecimiento y desarrollo; la enfermera que sigue controles de crecimiento y vacunaciones y que por estar en contacto con los padres, puede informarse de situaciones que ponen en peligro al niño; la psicóloga clínica que practica las pruebas de desarrollo en los primeros meses de vida; y las trabajadoras sociales en los casos en que hayan tenido conocimiento respecto al modo de vida del niño y su familia.

Anteriormente nos hemos referido a la educación de la población sobre los aspectos evolutivos y las patologías de los niños. En este momento podremos ver mejor la utilidad de una campaña de ese tipo: la población estaría mejor capacitada para conocer y referir a los niños con alguna condición de riesgo a los lugares donde los padres puedan ser orientados, y de ser necesario, someter a aquéllos a un programa de estimulación. Personas como las maestras de preescolar, los médicos generales y otros que se desempeñen dentro de las comunidades, las trabajadoras sociales comunitarias, los mismos padres de familia y cualquiera otra persona, deberían poder referir casos en riesgo a los programas de seguimiento y estimulación.

Una vez detectado y captado un niño pequeño en riesgo, es necesario someterlo a un seguimiento con controles periódicos que dependerán de cada caso individual, pero de manera general pueden seguirse algunas pautas.

1. Adecuado diagnóstico médico lo más pronto posible para determinar el estado de integridad del sistema nervioso central y las posibles limitaciones que presente el niño en sus funciones físicas
2. Entrenamiento de los padres, incluyendo si es posible, a otras personas de la familia cercana para que controlen el progreso del desarrollo del niño mes a mes.

3. Entrenamiento de los padres y familiares para que apliquen técnicas de estimulación en el hogar.
4. Valoración del medio ambiente social y familiar para determinar si hay otras condiciones de riesgo que agraven el factor de riesgo biológico.
5. Valoración del estado mental de los padres para determinar si es necesario incluir un tratamiento psicológico o psiquiátrico para alguno de ellos.
6. Valoración psicométrica del niño en determinados períodos de su vida.
7. Controles de crecimiento y desarrollo cada mes en el primer año, cada tres meses en el segundo, cada seis meses en el tercero y una vez al año posteriormente si no hay patología instaurada.
8. Posibilidad de que la familia acuda pronto al pediatra o a otro miembro del equipo interdisciplinario para dar aviso de cualquier anomalía detectada en el niño y que puedas hacer variar la política de seguimiento.

Un equipo interdisciplinario de seguimiento de niños en riesgo y de estimulación precoz debe tener las siguientes condiciones:

1. Contar con los profesionales necesarios. Un equipo básico sería: el pediatra, terapeutas del desarrollo, terapeuta del lenguaje, terapeuta física, neurólogo.
2. Organización ágil y racional, según uno concepto de equipo plástico, es decir, que actúe según las necesidades del paciente.
3. Filosofía común de trabajo.
4. Conocer y respetar el área de acción de cada uno.
5. Comunicación personal entre los profesionales cada vez que se requiera.
6. Prontitud y agilidad en el sistema de atenciones y consultorías.
7. Conocimiento del desarrollo normal y patológico de los niños en sus primeras edades por parte de cada uno de los integrantes del equipo.
8. Conocimiento claro y dominio de los medios terapéuticos de los que se puede beneficiar el paciente.
9. Ejercitar la crítica periódica y realizar labores de investigación para obtener retroinformación respecto a los resultados obtenidos por el programa.

Quinto nivel: la escuela

La escuela ocupa de 13 a 15 años de la vida de un menor de edad y durante varias horas al día, con excepción de los períodos vacacionales. Durante ese tiempo el niño está sometido a presiones académicas y de relaciones interpersonales que pueden provocar estados patológicos en ellos, ya sea en forma directa o indirecta por la tensión en la dinámica familiar debida a las situaciones originadas por un bajo rendimiento o quejas de los maestros sobre las conductas y actitudes del estudiante. Ir a la escuela debe ser motivante para el alumno y no causa de malestar psicológico, a lo que contribuyen muchas veces las actitudes negativas y aversivas de los docentes, así como la saturación de deberes y las exigencias académicas excesivas e innecesarias. Una pedagogía que no se base en los intereses y necesidades de los niños y jóvenes, que se apoye en modelos autoritarios y en el amontonamiento de conocimientos obtenidos memorísticamente, es fuente de muchos problemas emocionales, conductuales, cognitivos y familiares. Las acciones preventivas a este nivel deben incluir:

- Una mejor preparación psicológica de los maestros.

- Dotar a los maestros de más y mejores conocimientos en relación a la psicología de niños y adolescentes.
- Una filosofía pedagógica que se centre en los siguientes aspectos:
    a) enseñar a pensar y estimular el pensamiento crítico;
    b) promover una enseñanza dinámica, no mecánica, mediante la asimilación consciente;
    c) proteger el desarrollo emocional del niño y el adolescente y evitar todo aquello que le perjudique en este sentido.
- Presencia de personal especializado en Psicología Educativa y en Psicopedagogía que puedan ayudar en esta labor preventiva detectando niños en riesgo de sufrir trastornos emocionales, de conducta o de aprendizaje, además de asesorar al personal docente.
- Orientación a los padres del verdadero significado de la escuela para que no se generen en las familias ansiedades, conflictos y malos tratos relacionados con aquélla.

Sexto nivel: la sociedad

Dentro de un plan de prevención amplio, a nivel nacional no se puede dejar de mencionar aspectos sociales que pueden influir de manera importante en la génesis de lo psicopatológico. Si se quiere promover la salud mental de los niños y adolescentes para tener un mejor país, entonces la sociedad debe actuar en forma coherente y las instituciones que la conforman no pueden desligarse de la responsabilidad que les toca. Nos referimos aquí al Estado, a los medios de comunicación y a las condiciones de vida dentro de las comunidades. Acciones preventivas a este nivel serían:

- Mayor inversión en facilidades deportivas, culturales y recreativas para los menores de edad en todas las provincias del país.
- Mayor inversión en el campo de la educación y la salud.
- Una política real y efectiva de control de programas nocivos para la juventud en los medios de comunicación y espectáculos públicos.
- Mayor control de situaciones de peligro para los menores: más seguridad para la circulación peatonal, vigilancia más eficaz de la delincuencia, controles de seguridad en centros de diversión, mejores viviendas para personas de escasos recursos, etc.
- Centros para menores infractores que cumplan con los requisitos adecuados para su rehabilitación social.
- Políticas de protección a la niñez y la juventud más coherentes y efectivas: eliminación del trabajo infantil, atención a la problemática de los niños de la calle, asegurar la alimentación y la educación de toda la población infantil, disponer de más personal en materia de trabajo social para visitas domiciliarias de niños en riesgo social o familiar dentro de cada comunidad, y acciones judiciales más educativas que represivas en relación a menores delincuentes y a padres que caen en trato inadecuado hacia sus hijos.

Hemos expuesto en este capítulo los lineamientos básicos de lo que creemos debe ser un Plan Nacional de Prevención en Salud Mental Infantil. Las actividades preventivas aisladas y descoordinadas no conducen a resultados satisfactorios, por lo que debemos abocarnos a un plan más completo y en coordinación con todas los estamentos de la sociedad. Este plan tiene que surgir de un acuerdo que esté por

encima de las veleidades políticas y de los gobiernos de turno y cumplirse como ley de la República si en verdad queremos tener una juventud mucho más sana y productiva. No sirve de mucho tener centros de salud, hospitales, escuelas, juzgados y fiscalías de menores, o un Ministerio de la Juventud y la Familia, si no existe una política nacional de prevención racional, estructurada en diferentes niveles y que involucre a toda la sociedad.

TERCERA SECCIÓN

Capítulo 7

BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LAS CONDUCTAS Y LAS EMOCIONES

El sistema nervioso central del ser humano es el resultado de una larga zaga filogenética que se inicia desde que la vida opta por salir del medio relativamente estable del mar. Es el producto de una amplia gama de adaptaciones que experimenta el animal para poder enfrentarse a la imprevisible vida en la tierra. Su precursor se encuentra en el hipotálamo y el aparato olfatorio de los peces y a través de su evolución, el cerebro ha adquirido tres componentes que aparecieron progresivamente y se superpusieron:

1. El cerebro archipallium o reptiliano, el más antiguo, comprende las estructuras del tallo encefálico –médula, cerebelo, mesencéfalo, el globo pálido y los bulbos olfatorios.

2. El cerebro paleopallium o Límbico, comprende las estructuras del sistema límbico. Corresponde al cerebro de los mamíferos inferiores.

3. El cerebro neopallium o superior o racional (neocortex), comprende casi la totalidad de los hemisferios, está constituido por un tipo de corteza más reciente, llamada neocorteza y algunos grupos neuronales subcorticales. Corresponde al cerebro de los mamíferos superiores (primates y humanos).

El desarrollo del concepto anatómico del sistema límbico fue inicialmente propuesto por Broca quien en 1878 denominó como "grand lobe limbique" un grupo de estructuras mediales del cerebro que rodean las regiones subcorticales y al tronco cerebral. A inicios del siglo veinte (1900-1906), Ramón y Cajal sistematizó la estructura citoarquitectónica de la corteza límbica y describió los grupos nucleares pertenecientes al lóbulo límbico, entre los cuales incluyó la amígdala, los núcleos septales, el hipotálamo, el epitálamo, los núcleos tálamicos anteriores y las porciones ventromediales de los ganglios basales.

En 1937, Papez, basándose en los conocimientos anatómicos de la época, asoció los hallazgos clínicos de trastornos de la emoción obtenidos en pacientes con lesiones de la corteza cíngular anterior y de otras estructuras mediales y propuso un mecanismo de

la emoción, el circuito hipocámpico que hoy lleva su nombre. Papez sugirió que la información proveniente de los receptores sensoriales externos arribaba a áreas corticales sensoriales primarias y desde allí era enviada al hipocampo y entonces proyectada por vía del haz mamilotálamico hacia la región talámica y hacia el hipotálamo, cerrándose el circuito por vía de la corteza cíngular y de la corteza retroesplenial hacia el hipocampo nuevamente.

En 1948, Yaklovev sin tener conocimiento de las descripciones de Papez, describió tres niveles del sistema nervioso central. El primer nivel que es primitivo e interno (hipotálamo, sustancia gris periacueductal) está compuesto por neuronas amielínicas y se dedica al control de funciones básicas de la conciencia y actividad autonómica (funciones respiratorias y cardiovasculares). El segundo nivel rodea el primero y contiene grupos celulares parcialmente mielinizados y organizados que forman los ganglios basales y el sistema límbico y regulan la activación, personalidad y emoción. El tercer nivel es el más externo y está compuesto por neuronas bien mielinizadas y proporciona el control motor fino, procesamiento sensorial, praxias, gnosias y aspectos abstractos de la cognición (lenguaje).

En 1952, MacLean integró el circuito de Papez con las estructuras baso laterales de Yakovlev, y designó este conjunto de estructuras por primera vez con el término “sistema límbico”, al que posteriormente subdividió anatómica y funcionalmente en tres: División Amigdalina, División Septal y División Tálamo-Cíngular.

El cerebro reptiliano

Lo relevante del desarrollo filogenético es que la evolución no ha eliminado nada de lo adquirido a lo largo de la historia, de manera que las adquisiciones del reptil permanecen casi idénticas en nuestro cerebro. El cerebro reptiliano comprende el sector inferior del sistema nervioso integrado por la médula espinal, los núcleos de la base, el mesencéfalo y el sistema reticular y tiene importantes aportes a la vida cotidiana de quienes lo poseen, incluyendo las especies de mamíferos que lo suceden en el tiempo, entre las cuales se incluye al hombre.

Está involucrado en la concepción de delimitación territorial, así como en una existencia rígida y casi programada, siendo típico del cerebro reptiliano la conducta a repetición: los reptiles no improvisan ni investigan alternativas más bien cumplen un mismo itinerario. Es por esto que se le vincula con los rituales y ceremonias, las convenciones religiosas, las acciones legalistas y con los comportamientos obsesivos y rutinarios. Además representa la infraestructura neural ideal para la persuasión política. También se encuentra involucrado en las situaciones que producen nostalgia como la “vuelta al hogar” y la añoranza de la infancia

Este cerebro también está vinculado a la “parada agresiva”, a la fuga y las famosas “improntas”, esa fuerte ligazón que se establece desde edades muy tempranas de la vida con personas u objetos del ambiente circundante. Por otro lado, puede involucrar elecciones que necesitarían un aporte decisivo de los “otros dos cerebros”, como es el caso de la pareja matrimonial y de la profesión.

Puede atribuirse al cerebro reptiliano una participación decisiva para comprender algunos fenómenos sociales como la violencia destructiva, la histeria de masas, la importancia de las modas pasajeras y el consumismo. Es el cerebro reptiliano el

responsable de la fuerte resistencia a los cambios que experimentan la mayoría de los seres humanos, independientemente de sus ventajas o desventajas, lo que le dificulta adaptarse y crear situaciones nuevas.

El cerebro límbico

Con los mamíferos se dio un crecimiento de algunas regiones del cerebro reptiliano que posibilitaron la formación del segundo cerebro, el límbico, que otorgó la posibilidad de sentir y expresar emociones. Éste cambio tan revolucionario en la historia de la vida se vio coherentemente acompañada por la capacidad de regular la temperatura corporal. En otras palabras, con los mamíferos y gracias al surgimiento del sistema límbico aparecen las pasiones: el amor, el odio, el altruismo…

Durante mucho tiempo al cerebro límbico se lo denominó rinencéfalo, suponiendo equivocadamente que sólo estaba vinculado con la olfacción. Ahora se sabe que tiene una función muy importante ligada a la elaboración de las emociones vinculadas al comportamiento orientado a la auto conservación, reproducción y cuidado de la especie.

Anatómicamente se encuentra entre el cerebro reptiliano y el neocórtex en la región media del SNC. Se distinguen en él dos porciones: una porción cortical y una porción subcortical

La porción cortical se encuentra constituida por la circunvolución límbica: giro parahipocampal, giro cingulado y giro subcalloso, y por parte de la corteza cerebral en la cara interna de cada hemisferio que separa al neocórtex del hipotálamo y del tronco encefálico, es decir las cortezas prefrontal u orbitofrontal, piriforme, entorrinal y olfatoria.

La porción subcortical la componen diversos núcleos neuronales: la amígdala, la formación del hipocampo, el área septal, el núcleo accumbens, núcleos anteriores del tálamo y parte del hipotálamo (área preóptica, cuerpos mamilares).

El giro parahipocampal se encuentra en la cara inferior del cerebro, rodeando al hipocampo y a las estructuras relacionadas con él. En su interior están localizadas la zona entorrinal, la región perirrinal y la corteza parahipocampal propiamente dicha. Las regiones perirrinal y parahipocampal se encuentran conectadas, mediante el haz de fibras perforantes, con la corteza entorrinal, el hipocampo y el giro dentado.

El lóbulo frontal, ubicado exactamente detrás de la frente, es el más grande del cerebro, también es el último en madurar. Tiene como prioridad todo lo afectivo y valorativo del cerebro comportamental y controla las emociones puras del sistema límbico.

La corteza prefrontal entra en acción cuando se siente miedo o rabia, pero contiene o controla el sentimiento con el fin de ocuparse más eficazmente de la situación inmediata y finalmente origina una respuesta más analítica o apropiada a nuestros impulsos emocionales. Actúa como supervisor censurando pensamientos impulsivos antes de que se transformen en acción. Actúa como guía de la cognición social mediante las siguientes funciones:

- Genera estados emocionales que influyen sobre la cognición (valora las emociones de los demás).
- Sirve para planificar respuestas.
- Dirige conductas.
- Sirve para conocer valores sociales.
- Participa en el razonamiento social y toma de decisiones en función de lo que vemos.

Se activa en caso de:

- Estímulos condicionados.
- Cuando una madre mira a su hijo y siente placer ante estímulos táctiles ya sean dolorosos o placenteros.
- Olores agradables de comida.
- Cambios de conductas basados en el reconocimiento de expresiones cuando confiamos en un rostro.

Las lesiones en la corteza prefrontal producen variaciones en la conducta agresiva. Si bien la estimulación eléctrica ocasiona inhibición de la ingestión de alimentos, de los movimientos respiratorios, alteraciones de la presión arterial, inhibición de la motilidad gástrica y elevación de la temperatura de las extremidades, siempre ocasiona una inhibición de la agresión, conocimiento que en 1936 originó una técnica bastante salvaje conocida como lobotomía prefrontal. Este procedimiento que consiste en extirpar la corteza prefrontal, era utilizado para tratar la agresividad en algunos trastornos psicóticos. Ahora se sabe que también produce otros graves efectos secundarios como:

- Dificultad para decidir sobre algo de manera ventajosa.
- Comportamiento infantil.
- No se pueden aprender nuevos valores morales ni tampoco se saben aplicar los que ya se conocen.
- Incapacidad para tomar decisiones.
- Ausencia de reacciones emocionales.
- Dificultades para planificar.
- Deficiencias en el comportamiento social y el razonamiento social.

En los tumores o lesiones de bala en el lóbulo frontal parece existir un déficit tanto perceptual como intelectual. Los trastornos del lóbulo frontal pueden ser caracterizados como un “desarreglo en la programación de la conducta” en el que los individuos parecen pierden de vista el propósito de sus acciones y la intención de sus objetivos.

El giro cingulado está localizado en el lado medio del cerebro entre el sulcus cingulata y el cuerpo calloso. Tiene dos partes: la parte más anterior de la zona rostral, es la más afectiva y está conectada con la amígdala, la sustancia gris periacueductal, el núcleo accumbens, el hipotálamo, hipocampo y la corteza orbitofrontal. La parte posterior de la zona rostral es más cognitiva y se relaciona con mecanismos de atención como:

- Modular la atención.
- Hacer la función ejecutiva cuando se ha elegido una respuesta.

- Control motor complejo
- Motivación
- Detectar errores.
- Memoria de trabajo

Son funciones del giro cingulado:

- Coordinar los olores y las visiones con las memorias placenteras de las emociones previas (parte frontal);
- Participar en la reacción emocional al dolor y en la regulación del comportamiento agresivo;
- Aprendizaje y codificación activa del significado de los estímulos.
- Permitir a la mente variar de un pensamiento a otro.

Tiene una importancia clave en la expresión de las emociones ya que activa emociones y conductas motivadas, hace apreciaciones sobre el humor, nos hace sentir vergüenza al transgredir las normas sociales, provoca el enfado, provoca emociones morales como la vergüenza, culpa, remordimientos, lástima… También procesa información sensorial, motora y emocional, nos ayuda a razonar y a la toma de decisiones así como a elegir entre situaciones que impliquen consecuencias indeseables (dilemas morales).

La estimulación eléctrica del giro cingulado es responsable de paro respiratorio, caída de la PA y disminución de la FC. Los tumores en esta región han sido asociados con un aumento de la conducta agresiva.

El hipotálamo, ubicado por debajo del tálamo, forma parte de las paredes y piso del III ventrículo. Juega un papel importante en la regulación de la vida emocional y las funciones vegetativas. Es decisivo para la organización de una variedad de procesos autónomos y de la conducta.

Son funciones del hipotálamo:

- Metabolismo del agua a través del flujo renal y la excreción de agua gracias a la síntesis de la hormona anti diurética.
- Regulación de la temperatura lo cual depende del balance entre la producción y pérdida de calor que se mantiene gracias al influjo de dos grupos neuronales especializados, agrupados en el centro de pérdida o disipación del calor (hipotálamo anterior) y en el centro de producción o conservación del calor (hipotálamo lateral).
- Regulación de la presión arterial. Cuando sus cambios son iniciados por factores emocionales, el hipotálamo influye sobre el centro vasopresor bulbar, el cual, a través de los haces retículoespinales eleva la presión de manera estable acelerando el corazón y produciendo vasoconstricción mesentérica.
- Control del apetito lo que otorga una importancia decisiva para entender los cuadros de anorexia y bulimia como dos extremos que exceden los rangos normales de activación.
- Mecanismo sueño-vigilia. Si bien el sistema reticular ascendente es protagonista del mantenimiento de estas funciones, el hipotálamo

también participa a través de la secreción de hormonas como la adrenocorticotropina.
- Modula y controla tanto las respuestas simpáticas como parasimpáticos.
- Control de la función endocrina.
- Emociones. Aunque el hipotálamo no es el centro de las emociones, toma parte en las actividades del sistema nervioso autónomo que acompañan a la emoción.
- Reacciones agresivas y de defensa.
- El comportamiento sexual.

Son cuatro las conexiones que relacionan al lóbulo límbico con el hipotálamo, los llamados circuitos mesolímbicos, y que por lo tanto regulan las respuestas autonómicas ante las emociones. Son estas conexiones las responsables de que las conductas emocionales orquestadas desde el sistema límbico tengan un claro correlato visceral (cambios en la frecuencia cardiaca, en la tensión arterial…). Estos circuitos, que utilizan dopamina, son:

1. Giro parahipocampal - cíngulo - área Septal.
2. Pie del hipocampo (asta de Amón) - faciola cinérea - nervios de Lancici.
3. Fimbria, pilares del fórnix, hipotálamo y área septal.
4. Amígdala, estría terminal y área septal

La formación del hipocampo, llamado así por su semejanza con un caballo de mar, tiene las siguientes funciones:

- Regula la conducta agresiva.
- Regula las respuestas autónomas (simpáticas/parasimpáticas)
- El aprendizaje, la memoria a corto plazo y la memoria espacial. Estas funciones se encuentran relacionadas con la atención, a través de la capacidad hipocámpica de abstraer y categorizar apropiadamente cualquier información importante.
- Regulación endocrina (se ha demostrado que las neuronas que concentran estradiol y corticosterona, se encuentran densamente agrupadas en el hipocampo).

El área septal se encuentra anterior al tálamo, y está conformada por el fórnix, el cuerpo calloso y fibras de asociación. Tiene funciones cronobiológicas y de control de la reactividad al medio así como conductas de refuerzo. Se encuentra tan vinculada al hipocampo que comparte la regulación de la rabia, la conducta agresiva y la modulación de la actividad endocrina a través del eje hipotálamo-hipofisario Esta área ha sido asociada con diferentes tipos de sensaciones placenteras, mayormente aquellas relacionadas con las experiencias sexuales. En realidad, aquí residen las sensaciones bipolares básicas de placer y displacer, así como el erotismo, el cortejo, la procreación y la erección del pene y el clítoris. Dentro de ella, se encuentran los centros del orgasmo (cuatro para las mujeres y uno para los hombres).

La amígdala cerebral es un racimo de células interconectadas que se asientan sobre el tronco cerebral; son dos y se ubican a cada lado del cerebro. Tienen forma ovoide y de ahí su nombre procedente del latín que significa "almendra". En el ser humano, la amígdala es relativamente grande si se la compara con la de otros animales. Se

encargan principalmente del aprendizaje y el recuerdo del cerebro –es el depósito de la memoria emocional. Hoy día se la considera como el centro clave en el sistema neural de las emociones.

Los dos componentes anatómicos mayores de la amígdala (porciones medial y basolateral) parecen mantener una influencia diferencial sobre una variedad de funciones asociadas con el hipotálamo como reforzar los efectos parasimpáticos y modular la ingesta de alimentos y agua y a nivel endocrino induce la secreción de hormona de crecimiento y adrenocorticotropina.

Las investigaciones han demostrado que las señales del ojo y del oído viajan primero al tálamo y luego a la amígdala; mientras, una segunda señal viaja hacia la neocorteza. Este proceso permite generar respuestas inmediatas sin tener que depender de los cuidadosos cálculos y razonamientos del cerebro racional. Por esta razón muchas reacciones emocionales ocurren sin ninguna participación consciente y cognitiva. Por otro lado, la amígdala puede albergar recuerdos y repertorios de respuestas que efectuamos sin saber exactamente por qué lo hacemos, porque el atajo desde el tálamo hasta la amígdala evita completamente la neocorteza. Este desvío parece permitir que la amígdala sea un depósito de impresiones y recuerdos emocionales de los que nunca fuimos conscientes.

Si se separa la amígdala del resto del cerebro, esto desencadenará una incapacidad para apreciar el significado emocional de los acontecimientos, condición conocida como “ceguera afectiva”. La excéresis quirúrgica de porciones de la amígdala en pacientes agresivos que presentan epilepsia del lóbulo temporal, produce una disminución general de la conducta explosiva, agresiva e hiperactiva.

La estimulación eléctrica de la amígdala en seres humanos provoca diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo como alivio, relajación, desinterés, necesidad de ser por uno mismo y una sensación placentera.

Uno de los efectos de las lesiones en la amígdala es conocido como Síndrome de Kluver-Bucy, se produce cuando se destruyen los sitios de la amígdala (complejo basolateral) que normalmente facilitan la expresión de tendencias agresivas, o cuando se eliminan los impulsos aferentes a esta región del lóbulo temporal inferior. Se caracteriza por hipersexualidad, cambio en los hábitos dietéticos, disminución del miedo hacia los objetos o personas que antes lo producían, tendencia a explorar y a contactar oralmente objetos incomibles y agnosia visual.

Las lesiones selectivas de la amígdala parecen producir un déficit específico en la percepción de la expresión facial generando una “agnosia para la expresión emocional de los rostros”. El análisis de la expresión facial permite al individuo evaluar aquello “que hay en la mente” por la dirección de la mirada y “cual es la disposición para la acción” de acuerdo con la expresión en si, elementos fundamentales para una adecuada comunicación social.

El sistema límbico y las emociones

El sistema límbico tiene un vínculo primordial con la emocionalidad y la motivación para la acción. El sistema límbico otorga a la información derivada del mundo interior y exterior su particular significado emocional.

Mientras la amígdala se prepara para una reacción ansiosa e impulsiva, otra parte del cerebro emocional, la corteza prefrontal, contiene o controla el sentimiento para permite una respuesta más analítica y adecuada. Este proceso que permite el discernimiento en la respuesta emocional es la que generalmente ocurre en nuestras respuestas, a no ser que haya una emergencia emocional; estas emergencias emocionales son fundamentales para nuestra supervivencia.

Con esto podemos suponer que el ser humano tiene dos mentes, una mente emocional y otra racional. La primera actúa rápidamente y sin reflexionar ni analizar en lo que está haciendo. Sus acciones acarrean una sensación de certeza especialmente fuerte. La ventaja de esta mente emocional es que podemos interpretar una realidad emocional en un instante. Podemos evaluar el estado de ánimo de una persona o si nos está mintiendo, o evaluar intuitivamente cómo comportarnos con cada una de las personas que nos rodea. Con esto el hombre tiene la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones y a la vez de generar a voluntad determinados sentimientos, en la medida que faciliten el entendimiento de uno mismo o de otra persona o incluso de regular las emociones para fomentar un crecimiento emocional o intelectual. De este conocimiento surge el término de "inteligencia emocional", acuñado en 1990 por dos psicólogos, John Mayer de la universidad de New Hampshire, y Peter Salovey de Yale para describir las cualidades del ser humano como la comprensión de las propias emociones, la capacidad de saberse poner en el lugar de otras personas y la capacidad de conducir sus propias emociones de forma que mejore la calidad de vida.

El sistema límbico y la memoria

Las estructuras que son críticas para el buen funcionamiento de la memoria son la amígdala y el hipocampo.

La amígdala es la responsable del almacenamiento de la información relacionada con experiencias dolorosas, displacenteras o de miedo; este sistema media las reacciones emocionales que se originan cuando el sujeto se enfrenta nuevamente a dichos estímulos. Estas memorias implícitas de los eventos emocionales han sido llamados "memorias emocionales". Se desencadenan automáticamente en presencia del estímulo y no requieren recuperación consciente, es decir, operan de manera inconsciente.

Por otro lado, el hipocampo participa en el recuerdo de las situaciones emocionales en un sistema de memoria explícita mediado por el lóbulo temporal medial (dentro del cual se encuentra el hipocampo). Las memorias explícitas se las denomina "memorias sobre las emociones" y son recordadas en forma consciente.

El sistema límbico y la psicopatología

En una visión simplificada, la función cerebral puede considerarse como el producto del neocórtex y del sistema límbico, que se complementan para generar la conducta humana con propósito y objetivo. Media la adaptación emocional y social a un medio ambiente en constante cambio. La pérdida de esta adaptabilidad, con las consecuentes alteraciones conductuales caracteriza a las alteraciones límbicas.

Ha habido un considerable aumento en el caudal de nuestros conocimientos acerca de la localización y funciones de las estructuras cerebrales asociadas con las emociones especialmente gracias a los estudios de imágenes funcionales. La mayoría de estudios ha implicado a las estructuras límbicas y su relación con determinadas patologías mentales.

En la depresión existe un compromiso límbico tanto en el lóbulo frontal, la corteza orbito frontal mesial, como con el cíngulo anterior. Es así como en las depresiones mayores (con o sin componente de ansiedad), es casi patognomónico encontrar hipoperfusión severa en distintas áreas del lóbulo frontal y temporal. Existen trabajos últimos llevados a cabo por PET, en los cuales se encuentra en la enfermedad depresiva hipofunción severa y atrofia en el hipocampo. Este daño hipocampal que compromete al hipotálamo, a los núcleos de la base, a la amígdala y al locus ceruleus se proyecta por el sistema límbico hacia la corteza preferentemente frontal, produciendo la sintomatología depresiva típica, cognoscitiva, apática, ansiosa, conductual y psicosomática.

En la esquizofrenia la psique se altera por las anormalidades morfológicas en la región temporal media que sirve de enlace entre funciones asociativas neocorticales y la actividad del hipotálamo. Se considera que la disfunción de las estructuras límbicas producidas reducen la influencia del mecanismo de control cognitivo neocortical sobre funciones emocionales hipotalámicas (mediada por la conexión amígdalo-hipotalámica. La esquizofrenia cursa a veces con lesión cerebral difusa y sutil, localizada principalmente en áreas de la corteza límbica (giros cingulado y temporal medial) y de la corteza prefrontal.

La paranoia y las percepciones distorsionadas surgen de un aumento dopamina en el sistema límbico y disminución en la corteza.

La hiperactividad del sistema límbico estaría implicada en el trastorno obsesivo-compulsivo. Un exceso de actividad en el circuito que conecta la corteza prefrontal, los ganglios basales y el tálamo causaría las obsesiones. En el NEUROSPECT encontramos una hiperperfusión en ambos lóbulos frontales, en su cara dorso lateral prefrontal, en su zona inferior y en la corteza pre-motora, hiperperfusión en cíngulo posterior e hipoperfusión en los ganglios de la base (núcleo caudado).

Los traumas craneoencefálicos que producen pérdida de memoria señalan lesiones del hipocampo y la amígdala.

Se han hallado anormalidades anatómicas consistentes en los cerebros de los pacientes autistas que han sido confinadas al sistema límbico y al cerebelo y la oliva inferior relacionada. En el autismo se han localizado específicamente dos zonas en el sistema límbico que están subdesarrolladas, la amígdala y el hipocampo. La alteración en la amígdala deriva en una gran dificultad para la interacción social, y la del hipocampo causa desagradabilísimas obsesiones. Estudios de neuroimágenes también han evidenciado alteraciones en el volumen cerebral (disminuido), en la corteza cerebral.

En el Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad se sospecha que la causa principal de la dificultad para mantener la atención de forma sostenida es provocada por una disfunción frontal-límbica y del Lóbulo Temporal.

También se sabe que algunas lesiones irritativas del límbico ocasionan las llamadas “escaras epilépticas”, algunas de cuyas manifestaciones son terror, “presentimientos”, extrañas combinaciones de “familiaridad” con los desconocidos y sentimiento de extrañeza, fantasías por demás, tristeza de base y paranoia.

La epilepsia del lóbulo temporal (ELT), se caracteriza por una pérdida neuronal, gliosis y consecuente atrofia del hipocampo (Asta de Ammon), la amígdala y el neocortex del giro parahipocampal.

En cuanto al Trastorno de Personalidad Limítrofe, el núcleo del desorden se localiza en la desregulación emocional caracterizado por una vulnerabilidad emocional y una incapacidad para modular las respuestas emocionales, a costa de un inadecuado funcionamiento de las estructuras cerebrales como el sistema límbico, en especial, la amígdala.

La neurobiología de la adicción se localiza sobre todo en el sistema meso-córtico-límbico-dopaminérgico. Este es un lugar clave para generar la recompensa para sustancias como la nicotina, el alcohol, cocaína, opiáceos, y anfetaminas. Las propiedades fisiológicas de las sustancias adictivas se relacionan con la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens.

Los estudios anatomopatológicos demuestran que el inicio de la enfermedad de Alzheimer se da en el córtex entorrinal y en el giro parahipocampal. También se producen otras alteraciones en el sistema mesolímbico, que incluye las vías dopaminérgicas que alcanzan el núcleo accumbens, la amígdala, la parte anterior del giro cingulado y el lóbulo temporal medial, así como el sistema dopaminérgico mesocortical, que llega hasta el lóbulo frontal.

Capítulo 8

SÍNTOMAS Y MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES.

El proceso de diagnóstico (gr. día = a través y gnosis = conocimiento) se inicia con el estudio de los síntomas con los que se presenta el paciente. Igual que en cualquier otro campo de la Medicina, las preguntas básicas sobre que siente o que le pasa al niño o al adolescente constituyen el primer paso del interrogatorio realizado por el clínico. Los síntomas son por definición, las manifestaciones objetivas o subjetivas de un proceso patológico y los que orientan hacia su adecuado conocimiento.

Ante la presencia de un síntoma, se debe valorar:

1. La edad del paciente.
2. Las circunstancias en las que surge.
3. Su frecuencia e intensidad.
4. Su asociación con otros síntomas.
5. La posibilidad de una causa médica no psicopatológica.

Algunos síntomas carecen de significado patológico en algunos períodos de la vida en los que pueden darse como manifestaciones normales del proceso de desarrollo psicológico. Así, por ejemplo, en la edad preescolar, algunos niños exhiben conductas que se asemejan a las compulsivas, o disturbios temperamentales que no deben ser calificados como trastornos de la conducta. Otras veces, un síntoma aparece en circunstancias en las cuales no se le puede considerar patológico como es el caso de la tristeza que causa la pérdida de un ser querido, una reacción abrupta ante una agresión, o la ansiedad provocada por la ingestión de un determinado fármaco. La frecuencia con la que se presenta un síntoma también tiene importancia cuando se quiere valorar clínicamente. Si un niño mayor de 5 años se orina en su cama mientras duerme en la noche muy esporádicamente no es suficiente para decir que tiene un problema de enuresis nocturna, como tampoco lo es para diagnosticar un síndrome de hiperactividad con déficit de atención el que un estudiante se muestre inquieto solamente durante unos días, lo que puede deberse a circunstancias pasajeras normales en la vida de toda persona. Por otra parte, la presencia de un síntoma muy leve puede ser un rasgo propio de un temperamento o personalidad y con el cual la persona puede vivir sin que sea necesario someterse a tratamiento.

Finalmente, son pocas las veces en las que un solo síntoma nos lleva a un diagnóstico como es el caso de un miedo intenso a un animal, persona, objeto o situación en las fobias específicas, la encopresis, la enuresis o el pánico nocturno. En la mayoría de las patologías psiquiátricas es necesario contar con un grupo de síntomas para poder hacer el diagnóstico, y por eso se utiliza muchas veces el término "síndrome" (gr. syndromé = concurso) para referirse a ellas (Síndrome de Gilles de la Tourette, Síndrome de Asperger, Síndrome de Estrés Postraumático, etc.). En general, es la presencia de un grupo de síntomas durante un período de tiempo y en intensidad suficiente como para interferir con la vida normal de la persona, lo que se establece como condiciones para establecer que existe una patología psiquiátrica.

Es necesario además, que el psiquiatra de niños conozca bien las causas de índole no psicopatológica de los diferentes síntomas, para poder referir al paciente a otros especialistas y así encauzar correctamente su tratamiento.

En la tabla siguiente aparecen los síntomas más frecuentes en la clínica de Psiquiatría Pediátrica.

Tabla 1

Síntomas más frecuentes en Psiquiatría Pediátrica

Agresividad	Aislamiento social	Alopecia
Alucinaciones	Ansiedad	Apatía
Autoestima baja	Compulsiones	Convulsiones
Delirio	Desmayos	Desobediencia
Dislalias	Dolor de cabeza	Encopresis
Enuresis	Estereotipias	Falta apetito
Fracaso escolar	Humor exaltado	Inatención
Inquietud motora	Irritabilidad	Insomnio
Intento suicidio	Manierismos	Miedo

Mutismo	Obsesiones	Par. Motoras
Robo	Sexualidad precoz	Somnolencia
Tics	Trastornos del sueño (otros)	Tristeza

Agresividad

Es cualquier conducta que se realiza con la intención de dañar física o psicológicamente a otros seres, destruir objetos o intimidar. También puede ser dirigida contra la propia persona.
Puede consistir en golpes con manos, pies u otra parte del cuerpo y con objetos; herir con armas; destruir objetos; maltratar animales; autolesionarse; atacar verbalmente; gestos hostiles o amenazas.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Trastorno explosivo de personalidad, esquizofrenia paranoide, manía, depresión (con irritabilidad), retardo mental, trastorno disocial.
- Aprendizaje: En ambiente familiar o social agresivo y por maltrato físico crónico
- Medicamentos: Benzodiacepinas, hipnótico, estimulantes, corticoides.
- Drogas y alcohol.
- Lesiones cerebrales.
- Tumores cerebrales.
- Síndrome de Lesch-Nyhan

Aislamiento social

Desinterés por el contacto con otros seres humanos o relaciones restringidas al círculo familiar más íntimo.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo (autismo, Asperger, Síndrome de Rett), depresión, retardo mental, trastorno de pánico, mutismo selectivo, ansiedad de separación, fobia social.
- Trastornos sensoriales: Ceguera, sordera.

Alopecia (Gr. alópeks, zorra) (Lat. vulpis morbus)

Es la caída o ausencia de pelo parcial o total. Puede afectar una región limitada alopecia areata), todo el cráneo (alopecia universalis), o todo el cuerpo (alopecia totalis).

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Tricotilomanía, anorexia nerviosa, ansiedad depresión, trastorno obsesivo-compulsivo.

- Alteraciones genéticas: Atriquia, hipotriquia, poliquilodermia, síndrome óculocerebrocutáneo (de Delleman), progeria
- Traumas: Utensilios para el cabello, peinados inadecuados, trenzas
- Medicamentos: Antitiroideos, anticoagulantes, citostáticos hipervitaminosis A, ácido bórico, mercurio, fluconazol, alopurinol, colchicina, betabloqueadores ácido valproico. rifampicina
- Trastornos inmunes: Enfermedad celíaca, enfermedad de Hashimoto, púrpura trombocitopénica inmune, miastenia gravis, lupus eritematoso sistémico.
- Infecciones: Micosis (tinea capitis), sífilis, ántrax.
- Parasitosis: Botón de oriente
- Endocrinopatías: Trastornos tiroideos, hipoparatiroidismo, hipopituitarismo.
- Dermatopatías: Eritrodermia, esclerodermia, liquen plano, mucinosis folicular, dermatomiositis.
- Radiaciones
- Tóxicos: Productos para el cabello, envenenamientos.
- Desnutrición y anemia

Alucinaciones (Lat. hallucinatio)

Son percepciones falsas, sin objeto real. Se perciben personas, animales, seres fantásticos, objetos o situaciones inexistentes. Pueden ser alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, olfativas o gustativas.

Se relacionan con:

- Enfermedades mentales: Esquizofrenia, manía, síndrome de estrés postraumático, estados disociativos.
- Intoxicación por drogas: LSD, cocaína, mezcalina, psilocibina, marihuana, éxtasis, alcohol.
- Medicamentos: Estimulantes, antidepresivos, pseudoefedrina, orfenadrina, corticoides
- Estrés físico y mental.
- Abuso físico o sexual.
- Migraña.
- Epilepsia.
- Traumas cerebrales.
- Lesiones vasculares cerebrales.
- Tumores cerebrales.
- Hipoglicemia
- Fiebre y enfermedades infecciosas
- Sordera o hipoacusia (auditivas, musicales)
- Sueño (alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas)

Ansiedad (Lat. anxietas)

La ansiedad es un estado de aprehensión que puede ser normal en ciertas situaciones, pero en otras alcanza niveles patológicos. Equivale a lo que se conoce popularmente como nerviosismo. Suele manifestarse con intranquilidad, tensión

muscular, palpitaciones, respiración rápida o taquipnea, sudoración y dificultad para concentrarse o trabajar.

Se presenta en:

- Trastornos mentales: Estados de ansiedad generalizados, ansiedad de separación, fobias, síndrome de estrés postraumático, depresión, psicosis agudas, estados disociativos, pródromos de esquizofrenia.
- Uso de medicamentos: Estimulantes, antidepresivos, simpaticomiméticos antihistamínicos, broncodilatadores suplementos tiroideos
- Hipertiroidismo
- Síndrome de Williams
- Consumo de cafeína

Apatía (Gr. apateia)

Estado de falta de energía y desinterés general. La persona muestra lentitud de movimientos, evitación del trabajo o los estudios, dificultades con la atención, ensimismamiento, tendencia a pasar más tiempo acostado o sentado.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, distimia, psicosis (síntomas negativos).
- Medicamentos: Tranquilizantes, estimulantes (efecto paradójico), anticonvulsivantes.
- Hipotiroidismo.
- Carencias alimentarias.
- Anemias.
- Enfermedades crónicas debilitantes.

Autoestima baja

Estado de auto depreciación y falta de autoconfianza. La baja autoestima puede ser general o afectar aspectos parciales de la vida de la persona(autoestima social, académica o profesional, física, intelectual).

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, frustración por fracaso escolar o social, trastornos neuróticos, síndrome de déficit atencional.
- Trastornos del desarrollo: Retardo mental, trastornos del desarrollo motor y del lenguaje, enuresis, encopresis.
- Deformidades físicas.
- Talla baja.
- Delgadez extrema.
- Obesidad.
- Enfermedades crónicas.

Compulsiones.(Lat. compúlsio)

Impulso irresistible a ejecutar un acto contrario al juicio o voluntad del que lo ejecuta.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Trastorno obsesivo-compulsivo, Síndrome de Gilles de la Tourette, cleptomanía, piromanía, ludopatía.
- Adicción a drogas y alcohol.
- Síndrome de Lesch-Nyhan

Convulsiones (Lat. convúlsum = esfuerzo)

Contracción violenta involuntaria de los músculos voluntarios, que causa movimientos irregulares, localizados en uno o varios grupos musculares o generalizados a todo el cuerpo.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Síndrome de conversión, simulación.
- Trastornos neurológicos: Epilepsia idiopática, tumores, aneurismas, infecciones del sistema nervioso central, traumas craneales, meningitis, encefalitis, síndromes neurocutáneos, enfermedades degenerativas.
- Trastornos metabólicos: Hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipo e hipernatremia.
- Envenenamientos:
- Espasmos del sollozo: Niños menores de 6 años.

Delirio (Lat. delíro = salirse de la línea recta.) (Ingl. delusion).

Creencia errónea no susceptible de corregirse por la razón(idea delirante).Pueden ser ideas delirantes aisladas o delirios sistematizados o más complejos.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Esquizofrenia, trastornos delirantes, personalidad paranoide, psicosis agudas (incluidas las tóxicas o exógenas), depresiones, manía, síndromes cerebrales orgánicos, estados disociativos.
- Estados febriles intensos.

Desmayos

Pérdida súbita más o menos completa del conocimiento y del tono postural con caída.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Síndrome de estrés agudo, estados de conversión.
- Epilepsia.
- Hipoglicemia.
- Hipotensión arterial.
- Trastornos del ritmo cardíaco.

- Espasmos del sollozo.
- Crisis vagales.
- Anemias intensas.

Desobediencia

Negativa a seguir órdenes o instrucciones.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, trastorno oposicionista-desafiante, esquizofrenia y otras psicosis, manía, trastorno hipercinético, trastornos generalizados del desarrollo (autismo y otros), retardo mental.
- Trastorno de crianza: Falla en la adquisición de una disciplina adecuada a la edad (consentimiento, sobreprotección, familia desorganizada, padres negligentes).
- Etapa evolutiva normal: etapa de los dos y medio y de los cuatro años, afirmación de la identidad en adolescentes.
- Hipoacusia o sordera.
- Trastorno de comprensión del lenguaje.

Dislalias (Lat. dis = invertir, separar o duplicar; Gr. lalein = hablar)

Trastorno de la articulación del lenguaje.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Retardo mental, trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastornos específicos del lenguaje.
- Habla del sordo habilitado.
- Trastornos de órganos fonatorios.
- Intoxicaciones: Fármacos, drogas, alcohol.

Dolor de cabeza. (cefalalgia: Gr. kefaló = cabeza; álgos = dolor).

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Tensión emocional(estrés), depresiones, estados de ansiedad,
- crisis de pánico.
- Jaqueca (Ár. xaquica) (migraña).
- Hipertensión endocraneal: Tumores, malformaciones vasculares cerebrales, hemorragia intracerebral, hipertensión benigna.
- Traumas cráneo-encefálicos.
- Meningoencefalitis.
- Convulsiones subclínicas.
- Trastornos de refracción oculares.
- Sinusitis aguda.
- Hipertensión arterial.
- Dolor témporo-mandibular.

- Fármacos y drogas.

Encopresis (Gr. kópros = excremento).

Incontinencia de heces después de los 4 años.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Encopresis no orgánica por ansiedad, trastorno psicológico por abuso sexual, temor a evacuar en el excusado, retención de heces por conflicto con padres o cuidadores.
- Estreñimiento.
- Megacolon agangliónico.
- Espina bífida y lesiones medulares.
- Fisuras anales.
- Falla en el entrenamiento temprano.
- Alimentos.
- Diarrea por infecciones.
- Diarrea por mal absorción.

Enuresis (Gr. enourein = orinar).

Incontinencia de orina después de los 5 años.

Se relaciona con:

- Enuresis no orgánica: Retardo en la maduración del control vesical con componente hereditario. Especialmente la enuresis no orgánica nocturna enuresis primaria).
- Enuresis por retención: Especialmente diurna al retener la orina cuando se siente el deseo (por estar jugando o viendo televisión).
- Trastornos mentales: Ansiedad, depresión, síndrome de estrés agudo, abuso sexual (enuresis secundaria)
- Infecciones urinarias.
- Obstrucciones del tracto urinario.
- Espina bífida.
- Vejiga neurogénica.
- Diabetes insípida.
- Diabetes mellitus.
- Medicamentos: tioridazina, diuréticos, paroxetina.

Estereotipias.(Gr. stereós = sólido; tópos = tipo).

Repetición persistente de palabras(ecolalia, verbigeración), actos o movimientos carentes de todo sentido (ecopraxia).

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Trastornos generalizados del desarrollo(autismo, Asperger, retardo mental, esquizofrenia, psicosis agudas, estados disociativos, síndrome de estrés agudo, trastorno obsesivo-compulsivo.

- Trastornos del lenguaje: Retardo del lenguaje, tartamudez.
- Epilepsia de lóbulo temporal.
- Corea de Sydenham.

Falta de apetito

Desinterés por los alimentos o rechazo de los mismos.
Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, manía, esquizofrenia, fobia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, conducta manipuladora en la infancia y niñez, consumo de drogas, estados de ansiedad agudos.
- Hábito inadecuado: El niño rechaza la alimentación por saciar el hambre con exceso de leche o golosinas.
- Enfermedades infecciosas agudas.
- Enfermedades consuntivas.
- Medicamentos: Estimulantes, antibióticos.

Fracaso escolar

O bajo rendimiento escolar.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, consumo de drogas, síndrome de estrés postraumático, trastorno hipercinético con deficiencia de atención, retardo mental, trastorno de ansiedad generalizada, fobia escolar, Síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos de conducta(disocial), mutismo selectivo.
- Trastornos de aprendizaje: Dislexia, disgrafía, discalculia.
- Hipoacusia.
- Defectos de la visión.
- Enfermedades físicas debilitantes.
- Deficiente apresto (en el preescolar).
- Hábitos de estudios deficientes.
- Falta de motivación: Docentes poco estimulantes; programas escolares rígidos y/ o demasiado exigentes; ambiente familiar culturalmente pobre.

Humor exaltado

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Manía o hipomanía, depresión agitada, psicosis agudas, síndrome hipercinético.
- Drogas y alcohol.
- Medicamentos: Estimulantes, antidepresivos.

Inatención

Disminución de la capacidad de atención.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Síndrome hipercinético don déficit de atención, estados de ansiedad, hipomanía o manía, psicosis agudas, esquizofrenia, depresión, síndrome de estrés postraumático, síndrome de Gilles de la Tourette.
- Trastornos de aprendizaje.
- Hipoacusia.
- Mal hábito de sueño.
- Carencias alimentarias: Anemias, desnutrición.
- Medicamentos: Tranquilizantes, anticonvulsivantes, antidepresivos.

Inquietud motora

Actividad motora más intensa y frecuente de lo esperado para la edad del niño.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Trastorno hipercinético, estados de ansiedad, manía o hipomanía, depresión agitada, síndrome de Gilles de la Tourette, estados disociativos, trastornos generalizados del desarrollo, psicosis agudas.
- Medicamentos: Efecto paradójico de alguno tranquilizantes, agitación por estimulantes o antidepresivos, broncodilatadores.
- Cafeína: Café, té, bebidas gaseosas (sodas), chocolates.
- Tóxicos: Plomo.
- Epilepsia de lóbulo temporal.

Irritabilidad

Sensibilidad o reacción excesiva a los estímulos.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, psicosis agudas, esquizofrenia paranoide, estados de ansiedad y de estrés postraumático, manía e hipomanía, anorexia nerviosa, bulimia, trastorno hipercinético, síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos de conducta (agresividad), maltrato físico o abuso sexual, baja autoestima.
- Mala crianza: Pobre tolerancia a la frustración.
- Medicamentos: Estimulantes, tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, corticoides, broncodilatadores.
- Consumo de drogas.
- Trastornos neurológicos: Epilepsia, hipertensión endocraneal (benigna o por masas expansivas), secuela de meningitis, encefalitis o traumas craneales.
- Trastornos metabólicos: Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipercalcemia, diabetes mellitus.

Insomnio

Imposibilidad de dormir adecuadamente o el tiempo necesario.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, estados de ansiedad, manía o hipomanía, psicosis agudas y crónicas, síndrome de estrés agudo o postraumático, temores nocturnos, trastorno de pánico.
- Mal hábito de sueño.
- Medicamentos: Estimulantes, antidepresivos, efecto paradójico de algunos tranquilizantes.
  Productos con cafeína.
- Consumo de drogas.
- Causas ambientales: Exceso de ruidos, mucho calor.

Intento de suicidio

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, esquizofrenia paranoide, manía, síndrome de estrés postraumático (especialmente por abuso o ataques sexuales), reacciones impulsivas ante frustraciones (adolescentes).
- Efecto de drogas alucinógenas.

Manierismos (It. maniera)

Movimientos superfluos e inútiles que complican los actos ordinarios de la vida; mucha afectación en los movimientos.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Esquizofrenia, trastornos de la identificación
- psicosexual (especialmente en varones), síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos generalizados del desarrollo, trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de estereotipias motrices.
- Trastornos neurológicos: Corea, parálisis cerebral.

Miedos

Se relacionan con:

- Trastornos mentales: Síndrome de estrés agudo y postraumático, esquizofrenia paranoide, depresiones, fobias, ansiedad generalizada o de separación, las psicosis agudas por drogas o alcohol.
- Deficiencias en la crianza: Inseguridad por sobreprotección; ambiente familiar hostil.
- Situaciones traumáticas: Pérdida de un familiar, hospitalización, intervención quirúrgica, ingreso a escuela nueva, separación de padres, maestro hostil.

Mutismo (Lat. mutus = mudo)

Inhibición voluntaria del lenguaje

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Mutismo selectivo, fobia social, esquizofrenia, depresiones, síndrome de estrés agudo, trastornos de conversión, retardo mental.
- Trastornos del lenguaje: Tartamudez, dislalias múltiples.

Obsesiones (Lat. Obséssio, onis = cerco, asedio, bloqueo)

Pensamientos insistentes contrarios a la voluntad de la persona.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Trastorno obsesivo-compulsivo, estados de ansiedad, estados depresivos, síndrome de Gilles de la Tourette.

Parálisis motoras (Gr. pará = al lado, más allá, oposición; y lein = aflojar)

Pérdida o limitación de movimientos voluntarios en uno o más músculos.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Trastorno disociativo de la motilidad, enfermedad simulada, esquizofrenia catatónica.
- Trastornos neurológicos: Parálisis cerebral; hemorragias intracraneales; atrofias cerebrales, enfermedad de Guillain-Barré y otras afecciones virales, lesiones peri natales de plexos nerviosos, afecciones congénitas o traumáticas de médula espinal; miastenia gravis y enfermedades musculares primarias.

Robar

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Cleptomanía, trastorno disocial, frustración emocional por rechazo o negligencia parental, baja autoestima.
- Adicción a drogas.
- Aprendizaje social: Educación familiar deficiente y/o ambiente social delictivo, manía, esquizofrenia.

Sexualidad precoz

Conductas sexuales a edades en las que no son normales.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Trastornos de la orientación sexual infantil, manía, trastorno disocial, trastorno obsesivo-compulsivo.
- Aprendizaje: Abuso sexual, influencia de medios de comunicación (pornografía) o de personas adultas.

- Trastornos endocrinológicos: Pubertad precoz.
- Consumo de alcohol y drogas.

Somnolencia

Pesadez y torpeza de los sentidos motivadas por el sueño; gana de dormir.
Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresión, pródromos de psicosis, estados disociativos, síndrome de Klein-Levine
- Trastornos del sueño: Narcolepsia, apnea del sueño, insomnio nocturno por mal hábito de sueño.
- Medicamentos: Hipnóticos, tranquilizantes, antidepresivos, anticonvulsivantes, analgésicos,
- Epilepsia y estados postictales.
- Síndrome de fatiga crónica.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades carenciales: Anemias, desnutrición, hipovitaminosis.
- Enfermedad del sueño.

Sueño alterado

Sueño insuficiente, entrecortado, con pesadillas, terrores nocturnos o sonambulismo.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresiones, psicosis agudas y crónicas, manía o hipomanía, estados de ansiedad y de estrés postraumático, miedos patológicos.
- Consumo de drogas.
- Medicamentos.
- Trastornos digestivos.
- Insomnio por causas ambientales.
- Sonambulismo de causa hereditaria.
- Epilepsia.
- Insomnio por malestar físico.

Tics (Fr. tic)

Espasmos rápidos y súbitos involuntarios de uno o varios músculos que generalmente reproducen un gesto o actitud normales(pueden ser también fonatorios).

Se relacionan con:

- Trastornos mentales: Síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos neurológicos: Enfermedades degenerativas, epilepsia, corea progresiva.
- Medicamentos: Especialmente estimulantes y antidepresivos desinhibidores.
- Etapa evolutiva normal: En edad pre-escolar (tics pasajeros).

Tristeza (Lat. tristítia = melancolía, gravedad, severidad)

Estado de ánimo abatido.

Se relaciona con:

- Trastornos mentales: Depresiones, síndrome de estrés agudo y postraumático, trastornos neuróticos, fobia social, esquizofrenia, anorexia nerviosa, trastorno obsesivo compulsivo.
- Enfermedades físicas debilitantes.
- Medicamentos: Estimulantes, tranquilizantes, hipnóticos.
- Síndrome de fatiga crónica.

Capítulo 9

NOSOLOGÍA Y CLASIFICACIONES.

La Psiquiatría de niños y adolescentes se ocupa, además de los trastornos psíquicos, de otras relacionados con el desarrollo lo que incluye una amplia variedad de entidades nosológicas. Se han hecho muchos intentos para ordenar todas estas formas de presentación de los trastornos mentales y del desarrollo de los menores. Esta ordenación nace de una necesidad sentida por los clínicos de utilizar un lenguaje uniforme, con términos que tuviesen un significado por todos y que facilite las labores clínicas y de investigación. De estos intentos salieron las clasificaciones que se han ido sucediendo a lo largo de los años. No obstante, estas clasificaciones adolecían de algunos defectos como el establecimiento de categorías en base a conceptos teóricos y no empíricos, la utilización de una mezcla de esas categorías diagnósticas de tipo etiológico, sindrómico y algunas veces hasta con carácter pronóstico.

La preocupación por este problema que tenía planteado la Psiquiatría de niños y adolescentes llevó a una serie de investigaciones a establecer normas para una metodología de la clasificación. Rutter en 1965, y Cromwell, Rutter y Sheperd en 1975, las establecieron así:

1. Una buena clasificación debe ser empírica y operacional, no basada en conceptos teóricos previos.
2. Debe clasificar enfermedades y no personas.
3. Debe tomar en cuenta el factor evolutivo.
4. Debe ser suficientemente discriminativa.
5. Debe cubrir toda la gama de enfermedades o situaciones psicopatológicas.
6. Debe poseer un alto margen de confiabilidad.
7. Debe tener validez, es decir, clasificar entidades lo suficientemente diferentes como para merecer figurar separadas.
8. Debe proveer información completa para efectos clínicos y de investigación.
9. Debe ser consistente, es decir, basada en un conjunto claro de principios.
10. Debe ser adaptada a hechos, clara y no ambigua, y poder ser utilizada con fines estadísticos.
11. Debe demostrar superioridad a otros sistemas existentes.

De esta forma se llegó a una clasificación multiaxial, que tratando de seguir esos postulados, consideraba primero tres y después cuatro ejes o dimensiones:

1. Eje clínico o entidad nosológica o sindrómica psiquiátrica.
2. Eje o dimensión que describe el estado de desarrollo intelectual.
3. Eje o dimensión que describe los factores biológicos que influyen o acompañan al cuadro psiquiátrico.
4. Eje o dimensión que trata de los factores psicosociales etiológicos o influyentes.

Posteriormente, en la revisión realizada para la elaboración de las 9ª. Clasificación de las Enfermedades, estos ejes pasaron a ser cinco:

1. Síndrome psiquiátrico.
2. Retardos específicos del desarrollo (Trastornos de personalidad en los adultos).
3. Nivel intelectual.
4. Condición médica.
5. Factores psicosociales traumatizantes.

En la clasificación en uso actualmente o Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10, de la Organización Mundial de la Salud, los ejes se modificaron quedando un total de 6 para niños y adolescentes.

1. Los síndromes psiquiátricos.
2. Los trastornos específicos del desarrollo psicológico.
3. El nivel intelectual.
4. Las condiciones médicas actuales no psiquiátricas.
5. Las situaciones psicosociales anómalas asociadas.
6. Evaluación global de la discapacidad psicosocial (funcionamiento psicológico, social y ocupacional del paciente al momento de la evaluación clínica.

Las categorías correspondientes a cada eje en cuanto a las enfermedades y trastornos de la niñez y adolescencia (Lat. adolescens de adolescere = crecer) se agrupan así:

EJE I

CÓDIGO	SÍNDROME PSIQUIÁTRICO
XX	Sin trastorno psiquiátrico.
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos.
F00	Demencia en la enfermedad de Alzeheimer.
F01	Demencia vascular.
F02	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar (enfermedad de Pick, de Creutzfeld-Jacob, de Huntington, de Parkinson, por VIH).
F03	Demencia sin especificación.
F04	Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
F10 Por consumo de alcohol.
F11 Por consumo de opioides.
F12 Por consumo de cannabinoides.
F13 Por consumo de sedantes e hipnóticos.
F14 Por consumo de cocaína.
F15 Por consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
F16 Por consumo de alucinógenos.
F17 Por consumo de tabaco.
F18 Por consumo de disolventes volátiles.
F19 Por consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.
F1x0 Intoxicación aguda.
F1x1 Consumo perjudicial.
F1x2 Síndrome de dependencia.
F1x3 Síndrome de abstinencia.
F1x4 Síndrome de abstinencia con delirium.
F1x5 Trastorno psicótico.
F1x6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
F1x7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de inicio tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.
F1x8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.
F1x9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
F20 Esquizofrenia
F21 Trastorno esquizotípico.
F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes.
F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.
F25 Trastornos esquizoafectivos.
F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).

- F30 Episodio maníaco.
- F31 Trastorno bipolar.
- F32 Episodios depresivos.
- F33 Trastorno depresivo recurrente.
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes somatomorfas.

- F40 Trastornos de ansiedad fóbica.
- F41 Otros trastornos de ansiedad.
- F42 Trastorno obsesivo compulsivo.
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F44 Trastornos disociativos (de conversión).
- F45 Trastornos somatomorfos.
- F48 Otros trastornos neuróticos.

F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria.
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño.
- F52 Disfunción sexual no orgánica.
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar.
- F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.
- F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones Fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo.

- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
- F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- F84.5 Síndrome de Asperger.
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hipercinéticos.
F91 Trastornos disociales.
F92 Trastornos disociales y de las emociones mixto.
F93 Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia.
F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F95 Trastornos de tics.
F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

EJE II

CÓDIGO	TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO
XX	Ausencia de trastornos específicos del desarrollo psicológico.
F80	Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.
F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.
F82	Trastornos específicos del desarrollo psicomotor.
F83	Trastornos mixtos del desarrollo.
F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico.
F89	Trastorno del desarrollo psicológico sin especificar.

EJE III

CÓDIGO	NIVEL INTELECTUAL
XX	Nivel intelectual dentro del rango normal.
F70	Retraso mental leve.
F71	Retraso mental moderado.
F72	Retraso mental grave.
F73	Retraso mental profundo.
F78	Otros retrasos mentales.
F79	Retraso mental sin especificar.

EJE IV

CÓDIGO	CONDICIONES MÉDICAS NO PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS CON TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO.
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.
C00-D48	Neoplasias.
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso.
H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anejos.
H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea.
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio.
J00-J99	Enfermedades del aparato respiratorio.
K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo.

L00-L99	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
M00-M99	Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conjuntivo.
N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario.
O00-O99	Embarazo, parto y puerperio.
P00-P96	Ciertos procesos del período perinatal.
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.
R00-R99	Síntomas, signos y anormalidades clínicas y de laboratorio no clasificadas en otra parte.
S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.
V01-Y98	Causas externas de morbilidad y mortalidad.
X60-X84	Suicidios y lesiones auto infligidas intencionalmente.
X85-Y09	Homicidio y lesiones intencionalmente infligidas por otras personas.
Y40-Y59	Drogas, medicamentos y productos biológicos que causan efectos adversos en su uso terapéutico.
Y85-Y89	Secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad.

EJE V

CÓDIGO	SITUACIONES PSICOSOCIALES ANÓMALAS ASOCIADAS
00	Distorsión o inadecuación del entorno psicosocial no significativa.
1	Relaciones intrafamiliares anormales.
2	Trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de apoyo primario del niño.
3	Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada.
4	Tipos anormales de crianza.
5	Ambiente circundante anómalo.
6	Acontecimientos vitales agudos.
7	Factores estresantes sociales.
8	Estrés crónico interpersonal asociado con el colegio o trabajo.
9	Situaciones o acontecimientos estresantes de los propios trastornos o discapacidades del niño.

EJE VI

CÓDIGO	EVALUACIÓN GLOBAL DE LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL
0.	Funcionamiento social bueno o superior.
1	Funcionamiento social moderado.
2	Discapacidad social leve.
3	Discapacidad social moderada.
4	Discapacidad social grave.
5	Discapacidad social grave y generalizada.

6 Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas.
7 Discapacidad social grosera/persistente y generalizada.
8 Discapacidad social profunda/persistente y generalizada.

Por tratarse de la clasificación propuesta por la OMS hemos creído conveniente describirla, aunque de forma resumida, ya que es necesario referirse a ella para codificar las enfermedades mentales y los trastornos del comportamiento en institucionales oficiales y en el intercambio de información a nivel internacional. En algunos países como Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, al igual que en Francia se utilizan clasificaciones propias. En los dos primeros países se cuenta con el Manual de Diagnóstico Estadístico de las Enfermedades o DSM (por sus tres primeras siglas en inglés) en su versión IV, la cual es muy popular además en países latinoamericanos pero no creemos necesario describirla en este libro.

Otra forma de describir las entidades nosológicas y que solemos utilizar en nuestro trabajo clínico es utilizando los siguientes parámetros:

- **Criterio cualitativo**: Tipo de síndrome.
- **Criterio cuantitativo**: Intensidad de los síntomas y efectos en el funcionamiento de la persona.
- **Criterio temporal**: Inicio agudo o insidioso
  Carácter transitorio o crónico.
- **Criterio etiológico**: Causa de la aparición del síndrome (endógena o exógena).

Las categorías del criterio cualitativo se derivan de seis grandes grupos:

- Trastornos emocionales.
- Trastornos conductuales.
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos del desarrollo psicológico.
- Trastornos de las funciones psicofisológicas.
- Otros trastornos.

Los trastornos emocionales comprenden síndromes que tienen como base síntomas de ansiedad o de alteraciones del humor o afectivas:

- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad generalizada.
- Fobias.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Ansiedad de separación..
- Reacciones de estrés.
- Trastornos de pánico.
- Trastornos de despersonalización-desrealización.
- Trastornos somatomorfos.
- Mutismo selectivo.
- Trastorno de vinculación en la infancia.

Los trastornos de la conducta abarcan síndromes que producen conflictos con el medio circundante en mayor medida que los demás trastornos sin desconexión con la realidad.

- Trastornos disociales.
- Síndrome hipercinético.
- Trastorno oposicionista-desafiante.
- Cleptomanía y ludopatía.
- Trastornos de la conducta sexual como escoptofilia, pedofilia, exhibicionismo y sadismo.

Los trastornos psicóticos incluyen:

- Esquizofrenia.
- Trastorno esquizotípico.
- Trastornos de ideas delirantes.
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- Trastornos esquizoafectivos.
- Episodios maníacos y trastorno bipolar.

Los trastornos del desarrollo psicológico se refieren a:

- Síndrome de autismo infantil de Kanner.
- Síndrome de Asperger.
- Síndrome de Rett.
- Retardo mental.
- Demencia infantil de Heller.
- Trastornos del aprendizaje.
- Trastornos del desarrollo del lenguaje.
- Trastornos del desarrollo psicomotor.
- Trastornos del desarrollo sexual.

Los trastornos de las funciones psicofisiológicas incluyen:

- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño no orgánicos.
- Trastornos del control de los esfínteres: enuresis y encopresis no
- orgánicas.

El apartado para “Otros trastornos” incluye patologías que no se incluyen en las anteriores como:

- La tricotilomanía.
- El Síndrome de Gilles de la Tourette.
- El trastorno de estereotipias motoras.

En el criterio cuantitativo se comprenden las siguientes categorías:

- Leve: cuando los síntomas no alcanzan la intensidad suficiente como para interferir de forma significativa el funcionamiento de la persona.

- Moderado: cuando la intensidad de los síntomas causa dificultades en algún aspecto del funcionamiento social, laboral, escolar o familiar de la persona.
- Grave: cuando uno o más aspectos de la vida del paciente se ven afectados de forma muy significativa.

- Muy grave: cuando los síntomas son suficientemente intensos como para producir una incapacidad de la persona para funcionar en casi todos los aspectos de su vida.

En el criterio temporal se toma en consideración la forma de inicio de la enfermedad o trastorno así como su evolución.

- Inicio:
  - Agudo.
  - Insidioso

- Evolución:
  - Aguda y transitoria con remisión total.
  - Crónica con remisión total.
  - Crónica sin remisión o con remisión parcial.

El criterio etiológico se basa en las causas conocidas de los síndromes psiquiátricos.

- Causas endógenas:
  - Genéticas.
  - Idiopáticas.

- Causas exógenas:
  - Traumas y enfermedades adquiridas intraútero.
  - Traumas y trastornos peri natales.
  - Enfermedades y lesiones postnatales del sistema nervioso.
  - Otras enfermedades orgánicas.
  - Situaciones aversivas o de estrés(sociales, familiares, escolares, laborales).
  - Drogas, alcohol y medicamentos.

De esta manera se responde las preguntas básicas de labor clínica de diagnóstico:

1. ¿Qué síntomas tiene el paciente?(criterio cualitativo).
2. ¿Cuál síndrome constituyen esos síntomas?(criterio cualitativo).
3. ¿Cómo se iniciaron los síntomas?(criterio temporal).
4. ¿Qué tan grave es el trastorno o enfermedad?(criterio cuantitativo).
5 ¿Cuál es la evolución del trastorno o enfermedad?(criterio temporal).
6 ¿Cuál su causa?(criterio etiológico).

El ordenamiento de las entidades nosológicas no puede seguir una norma absoluta y por tanto siempre tendrá mucho de convencional como sucede con las clasificaciones en boga. Situar a un determinado síndrome o enfermedad bajo un título u otro puede obedecer a distintos criterios. En otro ejemplo, cuando se codifica la paidofilia bajo el grupo de trastornos de la inclinación sexual se toma en cuenta su carácter sexual y no el disocial (conducta que perjudica a otra persona, en este caso un menor de edad) como proponemos en nuestra clasificación. Algunos síndromes pueden estar catalogados bajo un grupo u otro y dependiendo del criterio que se quiera utilizar. El retraso mental que la CIE-10 clasifica como un trastorno separado, nosotros creemos que debe incluirse dentro de los trastornos del desarrollo generalizados, ya que no afecta a la persona de una manera específica, sino que la mayoría de las veces, además del retardo cognitivo, se acompaña de retardos del lenguaje, de la psicomotricidad y de las habilidades sociales.

De la exposición de nuestro ordenamiento nosológico se desprende que hemos querido separar lo que es la descripción de los diferentes síndromes con los síntomas que los componen, de otros criterios como la etiología(por eso no hablamos de síndrome de estrés postraumático, sino de los cuadros clínicos como las depresiones, los trastornos de ansiedad generalizada, los trastornos del sueño, y añadir a su descripción los factores etiológicos y los criterios temporal y cuantitativo). Igualmente procedemos con los trastornos producidos por drogas. Somos conscientes de que este modo de proceder parecerá muy poco ortodoxo a la mayoría de los especialistas acostumbrados a seguir la CIE-10 o la DSM-IV, pero apelamos a nuestro derecho a establecer criterios propios, especialmente cuando la finalidad es simplificar la nosología y hacerla más didáctica.

Tabla 2

Trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes

Emocionales	**De conducta**	**Psicóticos**	**Del desarrollo**	**De funciones Psicofisiológicas**	**Otros trastornos**
Síndromes Depresivos	Trastornos de la cond. disociales	Esquizofrenia	Síndrome de Autismo	De la conducta Alimentaria	Tics y Gilles de La Tourette
Trast. de ansiedad generalizada	Síndrome Hipercinético	Trast. psicóticos agudos y trans.	Síndrome de Asperger	Trastornos no orgánicos del sueño	Trastorno de estereotipias motrices
Fobias	Negativista-desafiante	Psicosis por drogas y orgá-nicas	Síndrome de Rett	Trast. no org. De los esfínteres	Tricotilomanía
Tras. obsesivo-Compulsivo	Cleptomanía y ludopatía	Trastorno esquizoafectivo.	Trast.desintegrativo De la infancia		
Ansiedad de Separación	Trast. de la cond. sexual	Trastorno bipolar	Retardo mental		
Reacciones de Estrés			Trast. del aprendi-zaje		
Trastornos de Pánico			Trast. del lenguaje		
Despersonalización -Desrealización			Trast. del desarrollo psicomotor		
Trastornos Somatomorfos			Trast. del desarrollo sexual		
Mutismo selectivo					

Tr. De vinculación					

Hemos incluido en esta nosología los síndromes clínicos que pueden darse en niños y adolescentes aunque algunos de ellos sean infrecuentes a esas edades como es el caso de la ludopatía y la cleptomanía y. Los factores etiológicos, endógenos o exógenos, provocarán trastornos que pueden corresponder a algunos de los que aparecen en la tabla anterior y se estudiarán en los capítulos dedicados a cada patología. Los trastornos de la personalidad por ser una patología más propia del adulto no serán descritos en este libro. Por otra parte, para algunas definiciones y pautas de diagnóstico tomaremos como referencia a la clasificación internacional en su versión décima aunque no de una manera rigurosa.

Capítulo 10

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Llegar al conocimiento de la índole de la enfermedad o trastorno que padece el paciente niño o adolescente constituye la labor de diagnóstico. Establecer correctamente el diagnóstico nos permitirá a su vez un tratamiento adecuado y un mejor conocimiento de su posible evolución. El primer paso de esta labor clínica será el de saber si estamos ante un comportamiento normal que se está interpretando como anormal o por el contrario, la conducta y las emociones del paciente revelan un proceso morboso o una desviación o limitación de las funciones normales. En las edades pediátricas esta diferenciación adquiere mayor importancia por tratarse de períodos de la vida muy cambiantes, y con momentos de crisis que marcan las transiciones de un etapa a otra en el desarrollo psicológico. Solamente conociendo lo que es común o normal a cada período de la niñez y la adolescencia se podrá saber cuándo una conducta o expresión emocional se puede considerar patológica. Los errores diagnósticos en este sentido se dan fundamentalmente, en algunos profesionales de la Medicina, por no tener conocimientos del desarrollo psicológico, y en profesionales de la Psicología (no clínicos) y la Educación, por no poseer conocimientos de psicopatología. La preparación y la experiencia en estos dos campos es imprescindible para el profesional de la salud mental.

Los métodos que aplicamos para definir los diagnósticos en nuestra especialidad son los siguientes:

1. Historia clínica.
2. Entrevistas con el paciente y el examen mental.
3. Entrevistas con los familiares.
4. Cuestionarios y escalas.
5. La exploración física, exámenes de laboratorio e interconsultas a otros especialistas.
6. Pruebas psicológicas.
7. Métodos de observación y registro.
8. Análisis de la situación ambiental.
9. Estudios de seguimiento.

1. La historia clínica.

La historia clínica es un instrumento útil en cualquier campo de la Medicina para la recolección inicial de datos. Es esencial en el proceso de diagnóstico y debe hacerse lo más completa posible. Kanner decía de ella que "no es una simple recolección de datos, sino además un medio para conocer a la persona que comunica esos datos. No debe ser una técnica fijada de antemano; es una experiencia emocionante en la que participan dos personas. El que interroga se dispone a redactar un documento humano tan rico y único como cualquier creación de la fantasía; la persona interrogada se dispone a relatar, no una historia cualquiera, sino su propia historia (en este caso la historia de su hijo), la que tendrá más color y brillo cuanto más interés, comprensión y empatía se percibe".

Stella Chess, se refiere en su libro de Psiquiatría Infantil a dos posturas diferentes en relación a la extensión de la historia clínica: "La recomendación específica de Wendell Muncie es que debe abarcar la enfermedad actual, los antecedentes personales, una descripción de la personalidad y los antecedentes familiares. Si los datos llegan a ser demasiado complicados, Meyer sugiere redactar un índice cronológico en el que se yuxtapondrá los acontecimientos según orden y relación en el tiempo… Muchos psiquiatras infantiles centran su atención en las relaciones y la conducta actuales del niño, y en los cambios que sería deseable originar en ellos. Frederick Allen es un representante de los que piensan que tomar una historia detallada puede oscurecer la apreciación de los problemas actuales del niño".

Allen decía en 1942 lo siguiente: "Algunas clínicas de orientación infantil trabajan todavía con la presunción de que acumular historias "completas" es valioso, y se basan en la falsa creencia de que el cambio vendrá por sí mismo si puede obtenerse bastante información sobre las situaciones, sucesos y motivos. O creen que una persona puede cambiar por la "comprensión completa" que el terapeuta adquiere al estar en posesión de todos estos hechos… Comprender el presente, aún cuando su contenido pueda estar en gran parte en términos pasados, es nuestra principal responsabilidad terapéutica, y de tal comprensión puede emerger, realmente, una mejor comprensión del pasado".

Hemos dicho al principio que la historia clínica debe ser lo más completa posible, pero esto no quiere decir lo más indiscriminadamente posible. Lo más adecuado sería la de servirse de ella para obtener una serie de datos que nos permitan una visión de la vida pasada del niño, pero sin perderse en información puramente anecdótica, o en sucesos que no tienen relación relevante con el problema actual del paciente.

Se debe incluir una serie de apartados como hechos de interés del período prenatal, peri natales y neonatal que puedan tener interés para el trastornos actual, un resumen del desarrollo psicológico y físico del niño, los antecedentes patológicos familiares, alteraciones hereditarias, patologías anteriores del paciente, aspectos de la vida familiar, del desempeño escolar, del ambiente social en el que se desenvuelve el menor y una descripción del problema actual, que más que una trascripción automática de todo lo que dice el informante, o más que una retahíla de hechos muchas veces inconexos, se trata de recoger, como ya decía Meyer, aquellos sucesos y acontecimientos que más importancia tienen en la vida del niño o adolescente. Estos deben quedar lo suficientemente explícitos en sus antecedentes y consecuencias aunque no hipertrofiados para no oscurecer, como recomendaba Allen, los hechos presentes.

Puede ser útil hacer una descripción inicial de síntomas referidos por el informante para pasar después a detallar las circunstancias en las que se han venido dando y sus consecuencias, así como valorar, a través de la información suministrada y del resto de las investigaciones, la influencia de los diferentes factores (hereditarios, constitucionales, ambientales) en la génesis del síndrome actual. Una vez recogidos los datos, la historia no tiene que acabar en ese momento; es posible que en futuras entrevistas se añadan nuevas informaciones olvidadas o suministradas por personas que no fueron entrevistadas inicialmente.

Respecto al pasado del paciente, tendrá sentido únicamente en función del presente y no al revés. Juzgar el presente solamente por los datos recogidos en la historia, conlleva el peligro de especulaciones y errores diagnósticos, ya que lo incierto de la información referente a hechos que han sucedido varios meses o años atrás, la subjetividad de los informadores y la falta real de relación entre muchos acontecimientos pasados con el presente, aunque a juicio del interrogador pueda parecer que lo tienen, son circunstancias desfavorables respecto a una información objetiva y útil para el proceso de diagnóstico y por tanto de tratamiento.

Otro problema inherente a la recogida de datos en una historia clínica en psiquiatría de niños y adolescentes, reside en el hecho de que la persona interrogada, madre, padre u otro familiar, se ve sometida a un esfuerzo para memorizar hechos lejanos en un momento determinado de la entrevista, y por lo general, sin que esperen que se les haga ese tipo de requerimientos. Así, por ejemplo, muchos padres no logran recordar hechos concretos del período perinatal, las fechas en las que el niño adquirió ciertas habilidades psicomotoras, si mostraba conductas de celos por el nacimiento de otro hermanito, si aquella vez que lo hospitalizaron por unos ataques, estos eran epilépticos o de otra índole, los medicamentos que se le suministraron meses antes, etc. Esto es más frecuente cuando la población que se atiende es de escasa formación intelectual. Puede resultar sorprendente en este tipo de personas el no comprender bien conceptos como el de enfermedad: ante la pregunta de si el niño ha tenido antes alguna enfermedad, pueden preguntar ¿cómo así? O si se les pregunta: ¿cómo fue su embarazo con este niño? responden “fue cesárea”. En pocas palabras, como se suele decir en nuestro medio profesional, son “malos historiadores”. Esta situación obliga al médico a plantear las preguntas de una manera que sea compresible para la población con la que trabaja.

La historia clínica que utilizamos en nuestro Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes tienen las siguientes secciones:

A. Datos de identificación (nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección, teléfonos, persona que da la información, persona o institución que lo refiere y fecha de la entrevista).
B. Motivo de la consulta: qué síntomas tienen, evolución de los mismos y circunstancias que se relacionan con su aparición.
C. Entrevista con el paciente.
D. Examen mental del paciente.
E. Antecedentes de la gestación, perinatales y neonatales.
F. Desarrollo psicológico.
G. Antecedentes patológicos del paciente.
H. Historia de la escolaridad del paciente.

I. Aspectos familiares: composición de la familia, situación civil de los padres, relaciones intrafamiliares, estilos de crianza, actitud de los padres hacia el paciente, patologías familiares).
J. Ejes diagnósticos.
K. Referencias y exámenes solicitados.

La historia clínica es el documento inicial del expediente que posteriormente, irá acumulando información en el proceso de seguimiento del paciente con las anotaciones de los diferentes especialistas del equipo clínico, y los exámenes que se van solicitando. En citas posteriores el expediente debe completarse con:

- Informaciones dadas por otras personas de la familia o la escuela.
- Nuevas entrevistas con el paciente.
- Personas que acompañan al paciente y su actitud.
- Tratamientos aplicados y la justificación de los mismos. Si se trata de fármacos, sus dosis y efectos adversos.
- Resultado de exámenes solicitados o respuestas de ínter consultas a otros especialistas.
- Nuevos diagnósticos.
- Evolución del trastorno o enfermedad.
- Registro de las ausencias del paciente.

2. Cuestionarios, escalas e inventarios

Los cuestionarios y escalas son instrumentos auxiliares útiles en la obtención de información sobre el paciente, pero deben ser primero sometidos a estudios rigurosos de validación y confiabilidad, especialmente con la población a la que se le pretende aplicar. Se utilizan una gran variedad de estos cuestionarios y escalas aunque en nuestro país la mayoría no han sido sometidas a estudio. Son de utilidad en el proceso de diagnóstico, pero también en el de seguimiento del efecto de los tratamientos, así como en trabajos de investigación en los que se hace necesario referirse a mediciones estandarizadas. Existen cientos de escalas, cuestionarios o inventarios que se administran a niños y adolescentes, siendo los Estados Unidos de Norteamérica el país donde se producen y se aplican mayormente. Casi nos atreveríamos a decir que existe en esa nación una verdadera “cultura de los inventarios”. No existe casi ningún área de la psicopatología, del desarrollo infantil y juvenil o de las situaciones sociales que no haya sido motivo para la elaboración de un cuestionario, escala o inventario. No obstante, de estos instrumentos de evaluación y medición complementarios que se han desarrollado en los Estados Unidos, los que más suelen utilizarse en niños y adolescentes fuera de ese país, son los de depresión, de hiperactividad y déficit de atención, de ansiedad, las listas de síntomas o “check lists”, las entrevistas estructuradas, los inventarios para autismo y las escalas de autoestima.

Hay formas autoevaluativas para los propios pacientes y formas dirigidas a los padres o maestros. Otras son elaboradas como registros de observación clínica. No siempre son fiables las respuestas que se dan en estos instrumentos ya que pueden influir negativamente factores como: la edad del paciente, el nivel de comprensión, tanto de éste como de los padres, la actitud del maestro hacia el niño, la forma en que estén planteados los diferentes ítems, la negativa del menor a revelar la verdad de sus sentimientos o de las actitudes de los padres, o por el contrario, el deseo de aparecer

como enfermo o de agradar al terapeuta, etc. Estos inconvenientes nos obligan a darle a la información recogida de esta manera una importancia relativa y solamente adicional a la observación, la entrevista y otros exámenes en los que influye menos la subjetividad.

En nuestro Servicio estamos validando actualmente escalas de depresión, de autoestima, de relaciones padres-hijos y de actitudes parentales en un intento de contar con instrumentos propios adaptados a nuestra población. En los capítulos sobre las diferentes patologías o trastornos describiremos algunas de estas escalas, cuestionarios o inventarios específicos.

3. La entrevista con el paciente y el examen mental.

Simmons recomienda estructurar la entrevista con el paciente menor de edad en base a diez temas amplios y generales:

A. Pasatiempos e intereses.
B. Grupo social, cultural y étnico y adaptación a él.
C. Razones por la que el niño viene o es traído a la consulta.
D. Relaciones con sus compañeros.
E. Planes para el futuro.
F. Relaciones con los familiares.
G. Discusión ulterior del problema actual.
H. Salud general (estado psicofisiológico).
I. Fantasías y temores.
J. Conciencia social.

El mismo autor considera que la técnica de la entrevista depende de tres variables importantes: el niño, el examinador y el lugar. La entrevista debe desarrollarse de forma flexible y procurando obtener la mayor cantidad de información posible de parte del paciente.

Respecto al niño, se debe tener en cuenta que según la edad, el estado psicofisiológico, la actitud asumida frente al terapeuta, (o ante la clínica o ante los médicos en general), y según sus modos de expresión, se podrá obtener de él mayor o menor información. En algunos casos se abrirá de forma espontánea y familiar diciéndonos muchas cosas, y en otros, su resistencia será tal que la entrevista no tendrá éxito obligándonos a recurrir a otros medios. Los niños pequeños, en general, dan muy escasa información y es preferible recurrir a la observación mediante el juego, a métodos indirectos de tipo proyectivo o a los padres y cuidadores. En los casos de niños mayores, es prudente escucharlos a ellos antes que a los y padres, y en caso de poca colaboración o actitudes negativas, intentar vencerlas de manera inteligente y afectuosa. Cuando existen dificultades de expresión verbal como en el mutismo selectivo, la sordera, la afasia receptiva o expresiva, la debilidad mental, etc., la conversación directa con el paciente se ve del todo imposibilitada.

Respecto al terapeuta, debemos decir que su carácter y formación van a influir, no solamente en la importancia que se conceda a la entrevista, sino también en la manera que se realice dicho encuentro. Sabida es la tendencia de algunas escuelas “psicodinámicas” de dejar expresarse al paciente sin intervenir durante mucho tiempo; la inclinación de otros a estructurar la entrevista en torno a unos determinados tópicos; la costumbre de otros de hablar con el paciente de forma libre y espontánea; y

finalmente, la aplicación por parte de algunos de entrevistas semi estructuradas. Creemos que lo mejor es ser flexible dependiendo de cada caso y no ir a los extremos de entrevistas demasiado estructuradas o de quedarse callado el examinador.

En relación al lugar también hay gustos diferentes: los que prefieren realizar la entrevista siempre en el consultorio en forma similar a como se hace con los adultos, y los que la hacen en un cuarto de juegos, paseando por la calle o un jardín, en una cafetería o en la propia casa del paciente. El lugar debe ser elegido teniendo en cuenta las preferencias del niño, aunque en casos de los niños mayores y adolescentes, no importará que se haga en el mismo despacho del médico siempre y cuando el ambiente sea de naturalidad y empatía. Algunos niños prefieren quedarse solos con el terapeuta, mientras que otros, los más pequeños y los tímidos desean la compañía de uno de sus familiares. Se debe respetar estas preferencias de los pacientes y no forzarlos a lo contrario. Debe asegurarse al niño la confidencialidad si así lo quiere, y si da información sobre actos o situaciones que no pueden ocultarse a los padres, se le debe convencer de que lleguen a un acuerdo en este sentido. Nos referimos a situaciones en las que el niño ha sido abusado, está siendo amenazado o extorsionado, o tiene intenciones de cometer suicidio o algún acto criminal.

El examen mental del niño y el adolescente es un acto importante del proceso de diagnóstico y tiene sus matices propios. Los menores de edad son seres en evolución y con estructuras psíquicas cambiantes que se manifiestan de forma diferente que en los adultos. En estos se utilizan a menudo métodos de la llamada psicología introspectiva para profundizar en las vivencias del paciente. En los niños no es posible por razones obvias, excepto en los adolescentes mayores con buena capacidad intelectual. Los más jóvenes no están en capacidad de comunicar sus vivencias internas en la medida del adulto, y si en éste los métodos subjetivos han perdido vigencia con motivo de las críticas a que han sido sometidos por los psicólogos “objetivos”, en los años infantiles su importancia es mucho menor, aunque Tramer, por los años cuarenta, sugería que la Psiquiatría Infantil debería servirse de tales métodos por ser, según él, los únicos caminos para llegar a captar lo psíquico en su vertiente interna.

Por otra parte no se puede suponer que los niños expresan sus afectos y sus ideas igual que los adultos, ni siquiera las palabras tienen por qué significar los mismo. Volviendo a Tramer, este autor decía: “… se deduce que el niño y el adulto son fenomenológicamente distintos, que las conclusiones sobre el primero a base de lo que ocurre en el último llevan aparejados peligros, y por tanto, es preciso una cierta cautela… en el niño… resulta difícil plantear investigaciones fenomenológicas porque aún no es capaz de situarse en la actitud necesaria ante las manifestaciones psíquicas que en él tienen lugar, ya que la capacidad para ello se encuentra todavía sin desarrollar, o en todo caso, poco desarrollada”. En niños con escasa estimulación intelectual, aunque sean de inteligencia normal, esta capacidad es aún más inmadura.

En el examen puede influir la inclinación doctrinal del examinador: una actitud interpretativa en base a fenómenos observados en el examen, supone la existencia de estados internos originados por ciertos conflictos; las conductas, los sueños, las fantasías adquieren carácter simbólico y por tanto una gran importancia para “descifrar” el hecho psicopatológico. La postura no interpretativa por su parte prescinde de ciertos aspectos de la exploración psicopatológica que pierden valor diagnóstico. Se registran conductas observables que por sí mismas constituyen lo psicopatológico.

No obstante, a pesar de las diferencias existentes en el modo de abordar la psicopatología del niño y el adolescente, existen signos y síntomas que todos podemos observar y registrar independientemente de la interpretación que se les dé en un contexto doctrinal específico, como las actitudes del niño ante la entrevista y el examinador, ante las demás personas que estén presentes, ante los objetos del ambiente, sus expresiones verbales y gestuales, sus afectos, etc.

Simmons propone el siguiente esquema de exploración:

- Aspecto.
- Humor o sentimientos.
- Orientación y percepción.
- Mecanismos de defensa.
- Integración neuromuscular.
- Procesos de pensamiento y verbalización.
- Fantasías (sueños, deseos, dibujos, juegos).
- Superyó (ideales del yo y valores; integración en la personalidad.
- Concepto de sí mismo.
- Conciencia del problema.
- Valoración del cociente de inteligencia.

Como se puede ver, en este esquema existen puntos a explorar que caen dentro de la esfera de lo subjetivo y por tanto sujetos a especulaciones.

Shaw da la siguiente lista de funciones o capacidades que deben ser valoradas en el examen psicopatológico:

- Capacidad de relaciones
- Afectos (ansiedad, ira, depresión especialmente)
- Capacidad intelectual y funciones intelectuales
- Integración neurológica (motora, perceptiva, conceptual)
- Comprobación de la realidad
- Motivos
- Aculturación

En nuestra clínica se exploran los aspectos que detallamos a continuación:

- Aspecto del paciente
- La actividad motora
- Actitudes.
- Conducta afectiva
- El estado de ánimo
- La atención
- Autoestima
- Comunicación con el entrevistador
- Lenguaje
- Juicio crítico
- Memoria.
- Capacidad de orientación

- Contenido y curso del pensamiento
- Senso-percepciones
- Respuesta a la separación

Independientemente de la forma en que se realice este examen, será siempre una actividad necesaria que no se debe dar por finalizada en la primera sesión.

4. Entrevista con los familiares

Aparte de que los padres puedan servir como informadores respecto a los problemas de sus hijos, y que mientras se les entrevista pueda también recogerse datos sobre sus propias conductas, actitudes y antecedentes. En muchas ocasiones la problemática familiar o matrimonial, así como las ansiedades de los padres o de alguno de ellos hace necesario acordar citas por separado para ambos sin el niño, o para cada uno de ellos aisladamente.

Cuando se interroga a los padres debemos tomar en consideración una serie de circunstancias que pueden incidir en la información de manera importante como:

- La actitud hacia la atención psiquiátrica: pueden acudir por imposición judicial, por demanda de la escuela o de otro especialista sin que exista en ellos el convencimiento de la necesidad o la voluntad de hacerlo.

- Experiencias pasadas en relación a este tipo de atención: éstas pueden haber sido frustrantes por no haber tenido éxito, porque el profesional los hizo sentirse culpable, porque no sintieron interés genuino de parte del médico o psicólogo, o porque se les dijo cosas que en realidad no desean escuchar o saber.

- Su nivel social e intelectual: mientras más bajo su nivel más difícil es que puedan dar información clara y precisa.

- Su condición anímica: algunos padres pueden estar muy ansiosos o deprimidos. En el primer caso, pueden expresarse de manera confusa y saltando de un hecho a otro sin mucha relevancia, haciendo necesario que el entrevistador trate de lograr una conversación más centrada. Los padres deprimidos pueden hablar poco o exagerar actitudes o conductas del niño o adoptar una actitud muy pesimista y negativa.

- La relación entre los padres o entre los familiares entrevistados (pueden ser la madre y la abuela materna, o la madre y su suegra, etc.). Durante la entrevista puede darse mucha discrepancia y hasta hostilidad entre estas personas. Esto conlleva a que la información que se obtienen puede ser contradictoria o muy parcializada de acuerdo a los intereses o las percepciones propias de cada una de esas personas.

- La memoria que puedan tener de hechos lejanos como lo primeros meses o años del niño, o sobre sucesos acaecidos más recientemente pero que no logran recordar de forma clara por no haberlos presenciado o porque no les dieron importancia en su momento.

- Alguno de los padres puede estar dando información deliberadamente falsa con el fin de perjudicar al cónyuge o a otra persona como en los casos de conflictos maritales, o cuando una madre quiere que su hijo aparezca como enfermo cuando no lo es.

- El conocimiento que tengan los entrevistados sobre lo que es o no normal en los niños para cada período de sus vidas.

- La comprensión que tengan del idioma en caso de ser extranjeros o nativos que se expresan en un dialecto.

Es de capital importancia que el primer acercamiento con los padres o familiares de los pacientes sea satisfactoria para ambas partes, pero especialmente para ellos, de lo contrario es posible que no vuelvan a la siguiente cita o se vayan con otro terapeuta. Debe ser una entrevista cordial y empática, en la que no deben darse desconfianzas ni temores de parte de los entrevistados. Tampoco debe haber predisposición negativa o prejuicios de parte del terapeuta por información previa que haya recibido acerca de los familiares del menor. Muchas veces la información negativa que se nos da sobre alguno de ellos resulta ser falsa. La labor del psicoterapeuta es la de ayudar al paciente y a su familia, y no la de ir contra alguno de los componentes de la misma, incluso en el caso de que se confirme que esta persona ha cometido una mala conducta en perjuicio del niño o del otro cónyuge. La penalización de los delitos le corresponde a las autoridades judiciales siempre que se comprueben. Nosotros debemos curar o rehabilitar y no condenar.

Los padres deben saber la importancia que tiene cada pregunta que se les hace en una entrevista y también que el objetivo final es ayudarlos a ellos a solucionar o afrontar mejor la enfermedad o trastorno conductual de sus hijo. Si bien debemos tratar de llevar un cierto orden en cuanto a lo que queremos conocer de parte de ellos, debemos ser lo suficientemente flexibles y pacientes como para dejar que puedan saltarse en un determinado momento este orden para referirse a otro tema que ellos consideran de importancia, retomando después el hilo de la entrevista donde lo habíamos dejado.

Cuando detectemos en alguno de los padres alguna actitud o trastorno que puede ser perjudicial para el niño o la vida familiar en general, debemos tener el suficiente tacto y gentileza para hacerle saber que necesita someterse a una atención individual con un colega que atienda adultos, o con algún otro especialista médicos que se requiera (p. ej.: con un especialista en Sexología cuando hay conflictos en la pareja por situaciones de esa índole, o con un especialista en adicciones o alcoholismo).

Cuando se trata de niños mayores y adolescentes es importante que se explique a los padres sobre la confidencialidad y hasta donde llegan los límites de ésta para el entrevistador. Los adultos no deben pensar que el entrevistador les va a decir todo lo que el menor le ha contado, pues dependerá del nivel de confidencialidad que hayan acordado entre él y su paciente. Lo contrario también debe respetarse: cuando un padre desea que algo que debe contar no sea sabido por el paciente

5. Los métodos de exploración física, de laboratorio y las interconsultas a otros especialistas

Los psiquiatras de niños tratamos, igual que los demás médicos, con el conjunto de la persona a quien tenemos como paciente. Ni el cardiólogo se entrevista o ejerce un acto médico con un corazón, ni el psiquiatra se entrevista o trata con una psique. El primero atiende a una persona con un corazón enfermo, y el segundo a otra con una mente enferma o alterada. No insistiremos en la unidad psicobiológica que ha sido muy enfatizada en los últimos decenios, pero sí bastará con recordar que cuerpo y psique, aunque objetivos respectivos de la medicina física y de la psiquiátrica, no admiten un divorcio tan tajante so pena de mutilar al ser humano.

El psiquiatra de niños y adolescentes debe estar en capacidad de poder examinar físicamente a sus pacientes, porque de lo contrario su orientación diagnóstica puede ser errada. Un aspecto importante de la exploración física es la búsqueda de signos y síntomas neurológicos. Frecuentemente lo neurológico y lo psiquiátrico borran sus fronteras para ofrecernos cuadros clínicos neuropsiquiátricos (las demencias, los movimientos anormales, las convulsiones, los trastornos psíquicos por otros trastornos orgánico-cerebrales, etc.). En otras ocasiones será necesario descartar patologías del sistema nervioso central o confirmarlas con el objeto de hacer un diagnóstico diferencial.

Después del neurólogo y el neurocirujano, el psiquiatra es el especialista con mayor obligación de estudiar a fondo el sistema nervioso central, su anatomía y fisiología normales, así como sus patologías y los métodos de diagnóstico de éstas: electroencefalograma, radiografía craneal, tomografía axial computarizada cerebral, resonancia magnética cerebral, tomografía por emisión de positrones y otros métodos modernos a base de imágenes. Estos métodos tienen sus especialistas que nos ayudan a interpretar sus resultados, pero los psiquiatras debemos saber cuándo son útiles y entender los resultados que nos comunican aquéllos en relación a las patologías que estudiamos.

Cómo médicos también tenemos que solicitar otros exámenes complementarios de laboratorio que nos ayudan en el proceso de diagnóstico: hemograma, examen general de orina y urocultivos, bioquímica sérica (glicemia, perfil hepático y lipídico, nitrógeno de urea y creatinina), heces, creatin-fosfoquinasa o CPK, pruebas de funcionamiento tiroideo, examen genético y detección de errores innatos del metabolismo, electrocardiogramas, exámenes de audición y oftalmológico. Estos exámenes no solamente son parte de los estudios necesarios para el diagnóstico diferencial, sino también cuando se va a instaurar tratamientos con fármacos y como seguimiento cada cierto tiempo mientras el paciente los toma.

Con frecuencia, en nuestra labor médica-psiquiátrica tendremos que solicitar la intervención de otros especialistas médicos en el área pediátrica para descartar o confirmar diagnósticos de enfermedades relacionadas con otros órganos y sistemas corporales como el internista pediatra, el neurólogo, el endocrinólogo, el hematólogo, el dermatólogo, el gastroenterólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo y otros. Otras veces estos especialistas opinarán sobre la conveniencia o no de dar algunos psicofármacos cuando los pacientes estén padeciendo trastornos que puedan contraindicarlos.

6. Los exámenes psicológicos (los tests)

La palabra inglesa “test” deriva de la latina “tésta” que se refiere a un recipiente de barro cocido en el que se separaban por oxidación los componentes de una mezcla líquida, especialmente metales. La usó por primera vez el psicólogo norteamericano J. McKeen Catell en 1980 para denominar una prueba que tenía como objetivo estudiar diferencias entre estudiantes y que llamó “test mental”. Actualmente suele designarse con esa palabra a una prueba estandarizada y validada.

El sentido actual que debe tener el test psicológico es el de un procedimiento sistemático para observar la conducta de una persona y describirla con la ayuda de una escala numérica o un sistema de categoría. Sobre la base de esta definición muchos procedimientos, incluyendo aquellos que tradicionalmente se utilizan, son vistos como test. Respecto a la utilidad de los test en Psiquiatría de la niñez, añade Berger: “Los tests diagnósticos pueden utilizarse para identificar síndromes clínicos grandes como una lesión cerebral, trastornos de personalidad, esquizofrenia y otros; o pueden ayudar a identificar dificultades específicas o capacidades, esto es, lo que el niño puede o no puede hacer”.

Marholin y Bijou se refieren a las pruebas psicológicas en su aplicación a la Psiquiatría y la Psicología de niños de la siguiente manera: “Los tests proyectivos han sido utilizados ampliamente en forma y en grados diferentes por psiquiatras infantiles, psicólogos clínicos y escolares y trabajadores sociales. Aunque cerca de dos mil artículos han sido escritos en relación con las técnicas proyectivas, los medios proyectivos simplemente no justifican el tiempo de su administración, valoración e interpretación. Cuando se comparan el test de Rorschach y el TAT (Thematic Aperception Test), con los resultados de los diagnósticos clínicos, los coeficientes de validez son tan bajos que los medios proyectivos resultan probablemente de escaso valor para decisiones de tratamiento individualizado. De hecho, el clínico que desea utilizar una técnica proyectiva debería contestar la siguiente pregunta: ¿Lo haré mejor que tirando una moneda al aire? Una respuesta honesta a esta pregunta debe ser un absoluto ¡no!”. Las técnicas proyectivas representan un método para el análisis de la personalidad y una forma de interpretar las motivaciones íntimas y profundas del ser humano. Intentan captar el sentido de la organización global con que se estructuran las diferentes formas de conducta que definen la personalidad como algo especialmente único y particular.

Refiriéndose a las pruebas psicológicas estandarizadas que se aplican en la actualidad como el Stanford-Binet y el Weschler Inteligence Scale for Children (WISC), Marholin y Bijou dicen: “… deben ser criticados en tres aspectos. Primero, casi todos los tests de inteligencia son particularmente injustos para los niños que se encuentran en desventaja de alguna u otra manera, y son, debido a su énfasis en las experiencias de tipo escolar, menos que adecuados como medidas de inteligencia incluso para los llamados niños normales. Segundo, los tests referidos a normas revelan lo que un niño puede o no hacer en comparación con sus iguales, pero lo que se requiere es información sobre lo que es capaz de hacer en relación con un programa explícito de instrucción o entrenamiento. Finalmente, los resultados de los tests psicométricos que se utilizan corrientemente, prácticamente no proveen información útil para la programación… Aunque uno pueda examinar a un niño para medir sus habilidades, esos tests no indican las contingencias conductuales que causaron la búsqueda de la asistencia profesional de parte de los padres. Ni tampoco identifican las condiciones que pueden ser responsables del desarrollo y mantenimiento de la conducta desviada”.

Estas críticas a las pruebas o tests psicológicos, aunque no deben ser motivos suficientes para invalidarlos totalmente, deben poner en advertencia a aquellos que no reparan en sus insuficiencias y limitaciones en relación con la labor clínica. Desde el inicio de la psicometría con Binet, las pruebas psicológicas proliferaron rápidamente y muchas veces se aplicaron, y se siguen aplicando esperando soluciones que no pueden dar. La "testología" invadió el campo de la Psicología y la Psiquiatría de tal modo que hablar hoy del ejercicio de estas especialidades sin el concurso de los tests parece inconcebible. Pero lo cierto es que, a las excesivas esperanzas de los primeros decenios del siglo pasado, han sucedido las posturas escépticas o más realistas.

Dentro del campo de las labores del paidopsiquiatra, las pruebas psicológicas que más han decaído en influencia son las de tipo proyectivo. Muchas de estas han sido desarrolladas en base a las teorías psicoanalíticas. En un momento en el que la Psiquiatría intenta ir por derroteros más científicos sustituyendo la especulación por métodos objetivos, el intentar hacer diagnósticos con pruebas no estandarizadas y sujetas a la habilidad interpretativa y a la orientación doctrinal del examinador, es someterse a un peligro cierto de error.

Las pruebas psicológicas de gabinete son instrumentos complementarios de la labor clínica y de la observación directa de la conducta, unos más que otros, y hay que saber no sólo utilizarlos bien según los procedimientos estipulados para obtener resultados fiables, sino que además debe dárseles su justo valor y no esperar más de lo que pueden dar, esto es, la aportación de unos datos más para el diagnóstico y evaluación del niño, que solamente cobran importancia en el conjunto de los demás: historia clínica, entrevistas, observación directa, pruebas biológicas, informes de maestros, etc.

Describiremos a continuación las pruebas psicológicas más utilizadas en nuestro medio.

6.1 Pruebas de desarrollo general

El Test de Gesell

Fue publicada por Arnold Gesell (1880-1961). En 1925 y ha sido muy utilizada en clínicas de desarrollo infantil. Esta prueba mide los niveles de desarrollo de niños entre el mes de vida y los 3 años y medio en cuatro áreas: motricidad, lenguaje, hábitos personales-sociales y funciones adaptativas. Se administra individualmente y dispone de una serie de materiales que el niño debe manipular como el tablero excavado para incrustar un círculo, un cuadrado y un triángulo, objetos para nombrar, cubos, pelota, sonajero, etc.

La Escala de Madurez Mental de Columbia

También es de administración individual y se aplica a niños entre 4 y 11 años de edad para medir el nivel de madurez especialmente en los que tienen deficiencias motoras y verbales. No mide el nivel mental. Consta de cien láminas con dibujos geométricos, de personas, animales y otros objetos de la vida corriente y el niño debe señalar el dibujo que no va con los otros. No interviene el lenguaje y muy poco la actividad motora.

Las Escalas Bayley de Desarrollo infantil

Creadas por Nancy Bayley en 1969 y revisada en 1993, consiste en escalas mental, motora y conductual. La primera examina la capacidad del niño para interaccionar con

su ambiente y sus habilidades lingüísticas, conceptuales y de memoria. La escala motora se enfoca en las habilidades motrices, la integración sensorial y visomotora. La escala conductual se basa en la observación informal del niño durante la prueba. La utilidad de la prueba de Bayley es la de detectar retrasos en el desarrollo temprano del niño y programar entonces un adecuado plan de estimulación.

El Examen de Desarrollo Infantil de Denver

Es un instrumento de medición del desarrollo infantil muy utilizado en clínicas pediátricas y evalúa las habilidades motoras finas y gruesas, las del lenguaje y las sociales. Se utiliza con niños desde 0 a 6 años. Se recomienda administrar a los 3, 9 y 18 meses, y a los 3, 4, 5 y 6 años de edad.

6.2 Pruebas de inteligencia

El Test de Terman-Merrill

Es una prueba de inteligencia que se aplica desde los 2 años hasta la edad adulta. Lewis M.Terman y Maud Merrill de la Universidad de Standford publicaron en 1937 una revisión del Test Stanford-Binet para ser aplicada tanto a niños como adultos desde los dos años. Contenía esta revisión un total de 129 ítems. En esta revisión, se implementaron dos formas: la L y la M lo que permitía la aplicación del retest eliminando así el inconveniente del aprendizaje. Posteriormente se hizo otra revisión en 1960 (después de fallecer Terman), en la que se fundían las dos formas en una sola. Finalmente en 1972 se publicaron nuevas normas sobre este test.

Escala Weschler Bellevue para Niños (WISC)

Fue desarrollado por David Weschler en la Sección de Psicología del Hospital Bellevue de Nueva York en 1948. En 1939 había creado la Escala de Inteligencia Weschler para Adultos (WAIS). El WISC como se le conoce en su versión para niños se administra desde los 5 a los 16 años de edad. Comprende seis pruebas verbales y seis de ejecución. Las verbales son: información(cantidad de información adquirida, memoria remota e intereses culturales), comprensión(uso del sentido común(conocimiento del por qué de las normas sociales y las relaciones causa-efecto que las sostienen y el juicio), aritmética(habilidad numérica, concentración, agilidad mental, reversibilidad, manejo de operaciones matemáticas), analogías(pensamiento lógico-abstracto, inteligencia verbal), vocabulario(conocimiento de palabras, capacidad de aprendizaje e intereses culturales), y retención de dígitos(capacidad de retener varios elementos sin relación entre sí y memoria auditiva inmediata).

Las de ejecución son: figuras incompletas (evalúa la atención, alerta visual, reconocimiento, discriminación y concentración), ordenamiento de dibujos(secuencia lógica capacidad de comprensión de situaciones), diseño con bloques(razonamiento no verbal, coordinación visomotriz, análisis y síntesis), claves(capacidad imitativa, memoria visual a corto plazo) y composición de objetos(organización perceptual, anticipación, planeamiento) y laberintos(planear con anticipación y prever.

Este test permite medir la inteligencia de un niño con dificultades de lenguaje y sordos ya que solamente se les administran las pruebas no verbales. Después de su creación en 1949 se han hecho revisiones en 1974 y 1993. En 1967 Weschler publicó la versión de su escala de inteligencia para niños de 3 a 7 años y 3 meses o WPPSI que fue revisada en 1987.

El Test de Matrices Progresivas de Raven

Este test data de 1936 y mide la inteligencia de manera no gráfica. Se puede aplicar de individual o colectivamente. Consiste en una serie de matrices en número total de 60 dispuestas en 5 series de 12 cada una. Se trata de completar cada serie con la figura que falta eligiendo entre las seis alternativas expuestas en las series A y B, y entre las ocho de las series C, D y E. Las dos primeras series examinan los recursos fundamentalmente perceptivos, y las tres siguientes las operaciones reflexivas de la inteligencia. Los ítems y las series se disponen en orden de dificultad creciente por lo que se denomina el test de las matrices progresivas. Se adjudica un punto a cada respuesta correcta. La valoración de los protocolos se efectúa colocando sobre cada uno la clave matriz en forma de parrilla con la solución de los ítems. Basta observar si coinciden o no las cifras anotada por el examinado con las de la clave y se suma el número de aciertos.

El Test de la Figura Humana de Goodenough

Para niños entre 4 y 12 años de edad. Da una idea del nivel del desarrollo intelectual, de la capacidad creadora, la organización espacial, el esquema corporal y de los conflictos afectivos del niño (en este sentido es una prueba proyectiva). Fue creado por Florence Goodenough de la Universidad de Minnesota en 1926.

6.3 Pruebas de organización espacial y temporal

El Test de Bender

Fue creado por Lauretta Bender en 1938 con el nombre de Test Gestáltico Visomotor. Su principal función es el estudio del desarrollo de la capacidad de estructuración del espacio y permite además, poner en evidencia trastornos perceptivos en niños con problemas de aprendizaje. Puede ser aplicado desde los 4 años en adelante aunque pierde valor después de los 8 ó 9 años. Consiste en 9 láminas con una figura geométrica en cada una y que el examinado debe reproducir con el modelo a la vista durante un período de tiempo que va entre 15 a 30 minutos. Permite conocer la integridad de la capacidad visomotora y puede dar información sobre otros aspectos de la personalidad.

Las Figuras Complejas de Rey

Explora el control visomotor, la estructuración de la capacidad perceptiva, la atención y la memoria visual inmediata. El examinado debe reproducir una figura geométrica compleja teniéndola a la vista y después en base a la memoria. Valora la calidad de la reproducción de la figura y en el número de detalles.

El Test de Retención Visual de Benton

Es un test que permite medir la capacidad para retener figuras abstractas y la percepción de las formas. Se utiliza para personas mayores de 8 años. Consiste en 5 series de 10 dibujos de figuras geométricas. El examinado debe dibujar una figura de memoria después de haberla observado por 10 segundos, o escoger la respuesta correcta entre 4 dibujos parecidos después de haberlos visto también por 10 segundos.

6.4 Pruebas de organización motriz

Test de Ozeretzki

Nos permite saber cómo está el desarrollo de la función motora en el paciente y consta de una prueba de coordinación estática, una de coordinación dinámica de las manos, una de coordinación dinámica general y una para sincinesias. Se aplica desde los 4 años de edad.

6.5 Pruebas de madurez social

Test de Madurez Social de Vineland: se publicó en 1936 por Edgar A. Doll y contiene una serie de categorías a examinar y que por sus siglas son: C = comunicación; SGH(self general help) = autoayuda general; SHD (self help dressing) = autoayuda en el vestir; SHE(self help eating) = autoayuda en el comer; SD(self direction) = autodirección; S= socialización; L = Locomoción y O = ocupación. El test está dividido en períodos de edad desde los o hasta más de los 25 años. Sparrow realizó una revisión de esta escala desarrollando la Escala de Conducta Adaptativa de Vineland en 1984. Esta versión examina las habilidades en cuatro áreas: Comunicación, habilidades de la vida diaria, socialización y habilidades motoras. Tiene una forma escolar para ser completada por el maestro.

6.6 Pruebas de personalidad o proyectivas

Test de Rorschach

Creado por el psiquiatra Hermann Rorschach en 1920 en Suiza. Se trata de un test que consta de 10 láminas con dibujos más o menos simétricos formados por manchas como las que deja la tinta sobre un papel al doblarlo en dos partes iguales. El sujeto examinado debe decir que ve en cada lámina que se le presenta. Las láminas I, IV, V, VI y VII tienen manchas cuyos tonos varían del gris tenue al negro intenso. Las láminas II y III tienen además manchas de color rojo y las láminas VIII, IX y X son de varios colores. Los criterios de la evaluación se basan en una clasificación espacial que se refiere a las respuestas que el sujeto da interpretando los aspectos espaciales de las láminas; en la cualidad de las respuestas(forma, cinestesias o movimiento, color, color-forma, forma-color y claroscuro); respuestas de contenido(hombre, una parte del cuerpo humano, anatomía, esfera sexual, parte de un animal, objeto o parte de uno, geografía, plantas y naturaleza); el tipo de respuesta: original(una de cada cien) y vulgares(treinta de cada cien).

El test se valora en base a 1) número de respuestas. 2) fracaso en interpretar algunas láminas. 3) Tiempo. 4) Respuestas globales. 5) respuesta de detalle. 6) detalles oligofrénicos (cuando se percibe una parte del cuerpo humano donde otros ven la figura humana). 7) Respuesta de agresión. 8) Tipo de apercepción. 9) Respuesta de forma. 10) Respuesta de forma. 11) Respuesta de forma-nivel-valoración. 12) cinestesia. 13) Color y vida afectiva. 14) Claroscuro. 15) Contenido.

El test de las manchas de tinta de Rorschach intenta explorar la estructura mental(espiritualidad) y la vida afectiva(anímica) en su totalidad, así como la posición del individuo ante su medio ambiente. Ayuda en el diagnóstico diferencial en psicopatología, a conocer las capacidades intelectuales de los estudiantes en sus diversas modalidades en el área de la psicopedagogía, y en caracterología permite la inspección del organismo psíquico de la persona examinada según Zulliger(1935). Se puede utilizar en niños y adolescentes dando información sobre la integración de los afectos, el nivel de madurez de las relaciones objetales y la capacidad para situarse en la realidad.

Thematic Aperception Test (TAT)

En 1935 los psicólogos Henry A. Murray y Christiana D. Morgan elaboraron este test que consiste en 10 láminas que reproducen personas en diferentes situaciones, y acerca de las cuales el sujeto examinado debe responder contando una historia corta sobre cada una de ellas. De esta manera el examinador puede obtener información sobre los rasgos de personalidad y del estado emocional de aquél. Posteriormente se añadieron más láminas hasta un total de 31. Se puede administrar a personas desde los 8 años (dependiendo de su capacidad intelectual) hasta adultos.

The Children Aperception Test (CAT)

Está basado en el anterior pero adaptado para niños con un total de 10 láminas con escenas de animales sobre las cuales aquellos deben inventar historias, permitiendo supuestamente la proyección de sus problemas. Se aplica a niños entre 3 y 8 años.

TAT-Escolar

Esta prueba proyectiva se originó por la necesidad de conocer las actitudes de los alumnos frente a sus maestros, sus condiscípulos y si trabajo en general como dicen sus autores R. Nathan y G. Mauco. Es un complemento del TAT al que se añaden tres láminas. Según ellos es indispensable lograr que el joven elija en cada lámina el protagonista de su relato, diciéndole: “Elige un personaje y háblame de él”. Como en el TAT el protagonista puede ser: 1) lo que es el narrador. 2) Lo que quiere ser. 3) Lo que teme ser. La primera lámina se basa en a) protagonista elegido; b) relación con el grupo; c) actividad-pasividad del protagonista en el juego; d) final favorable o desfavorable. La segunda aporta información sobre: a) relación con el profesor; b) actividad-pasividad en el trabajo; c) final favorable o desfavorable en el trabajo. Y la tercera nos dice sobre: a) relaciones con el grupo escolar; b) actividad-pasividad dentro del grupo; c) final favorable o desfavorable.

No es una prueba que se baste por sí sola para el estudio de la personalidad, pero constituyen un buen complemento de la serie infantil de Murray según Nathan y Mauco. Fue publicada en 1966 por el Centro de Psicología Aplicada en París.

Test de Frustración de Rosenzweig: Fue desarrollado por el psiquiatra Saúl Rosenzweig en la Universidad de Pittsburgh en 1948. En 1944 había publicado la versión para adultos. Consta de 24 láminas en las que se ve siempre a dos personas en situaciones que pueden provocar frustración. El examinado debe identificarse con uno de los personajes y contestar por él de acuerdo a cómo se siente en la situación que plantea la lámina. Se trata de medir la capacidad de resistir a la frustración y las respuestas se analizan de acuerdo a categorías: según la dirección de la respuesta, esta puede ser de agresión extra punitiva, intra punitiva y no punitiva. Según el tipo de respuesta, pueden catalogarse como de predominio del obstáculo (el obstáculo es el elemento fundamental que desencadena la frustración), como ego-defensiva(respuesta de protección del propio yo), o como respuesta de persistencia de la necesidad(de solucionar el conflicto de alguna manera). La combinación de estos seis tipos de categorías origina nueve factores utilizados para la valoración. Se aplica a niños desde 4 a 13 años de edad individualmente o en grupo.

Test de Machover

Apareció en 1949 y consiste en que el examinado debe dibujar una persona con un lápiz en una hoja estándar de 8 por 11 pulgadas. Al concluir el dibujo, debe hacer otro

de una persona del sexo opuesto observando el examinador las conductas y las verbalizaciones del sujeto mientras dibuja las figuras, así como el orden en que el va dibujando las partes del cuerpo. Sirve de fuente de hipótesis clínicas como: 1) hipótesis relacionadas con la percepción y sentimientos del sujeto sobre sí mismo, particularmente el desarrollo del yo y la integridad corporal; y 2) hipótesis relacionadas con la percepción y sentimientos del sujeto sobre su interacción con el ambiente social, especialmente con sus cuidadores.

Historietas Incompletas Madeleine Thomas: Esta prueba consiste en 15 historietas cortas planteadas de tal forma que el niño debe responder una pregunta relacionada con cada una de ellas. Damos tres ejemplos de estas historietas: "Un niño(o una niña) va a la escuela. Durante el recreo no juega con los otros niños. Él se queda solo en una esquina. ¿Por qué?"... "Un niño ha ganado malas calificaciones en la escuela. Al regresar a su casa con ellas ¿a quién va a enseñar el boletín? ¿Quién lo va a castigar?"… "El niño está creciendo, él quiere ser grande pronto o quiere quedarse chico. ¿Por qué?

Entrevista de Logan Wright: Este instrumento consta de 13 preguntas que el niño debe responder libremente como: "¿Cuáles son las cosas favoritas que te gusta hacer?"; "¿Qué es lo que más te gusta de la escuela?"; "Si pudieras obtener tres deseos, ¿cuál sería el primero… el segundo…el tercero?".

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-Adolescentes (MMPI-A): Los autores son James N.Butcher y Carolyn L. Williams ambos de la Universidad de Minnesota. Esta prueba basada en la desarrollada por el psicólogo Starke R. Hathaway y el psiquiatra Charnley McKinley también en la Universidad de Minnesota, ayuda a identificar problemas personales, sociales y conductuales en adolescentes entre 14 y 18 años de edad. Se recomienda utilizar como apoyo al diagnóstico y planificación del tratamiento, para identificar las raíces de las causa de los problemas en forma precoz, para proveer información clara que pueda ser compartida con familiares, maestros y otras personas relacionadas con el adolescente, y para guiar a los profesionales a hacer referencias en forma adecuada.

Contiene 8 escalas de validez, 10 clínicas, 31 escalas subclínicas, 15 escalas de contenido, 6 suplementarias y 3 índices especiales. Mencionaremos solamente las escalas clínicas:

- Hs hipocondría.
- D depresión.
- Hy histeria.
- Pd psicopatía.
- Mf masculinidad-feminidad.
- Pa paranoia.
- Pt psicastenia.
- Sc esquizofrenia.
- Ma hipomanía.
- Si introversión social.

La cantidad total de ítems es de 478 pero las escalas clínicas y cuatro de las escalas de validez pueden ser calificadas a partir de los primeros 350.

7. Métodos de observación y registro

Algunas conductas se pueden investigar mejor, de forma objetiva, mediante procedimientos de observación directa y registro. Esto se puede hacer en el ambiente natural en el que se desempeña el paciente como la casa o la escuela, o en la clínica, ya sea en situación de juego, de trabajo o mientras se relaciona con sus pares o con los padres. Los métodos de modificación de conducta utilizan a menudo la observación y registro de conductas para establecer su frecuencia (línea base), las consecuencias que operan en el ambiente o las respuestas que obtiene de otras personas (cómo se refuerzan). Pero este método también se aplica en las terapias de familia, en las terapias de grupo y las terapias de juego sin que se esté trabajando bajo una orientación conductista. El ver cómo se comporta y cómo se relaciona el niño en forma directa da información más veraz que la que pueda obtenerse por medios proyectivos o indirectos. Conductas como la inquietud motora, la agresividad, la impulsividad, la capacidad de atención, la tolerancia a la frustración, la asertividad o la timidez, las funciones psicomotoras y las actitudes oposicionistas o negativistas pueden estudiarse más productivamente mediante la observación y registro por parte de los clínicos.

En nuestro Servicio utilizamos el salón de terapia ocupacional para observar la conducta de niños menores de 7 años que están en estudio por posible autismo, síndrome de hiperactividad, trastornos de la conducta o de la integración social. La especialista en Terapia Ocupacional trabaja junto con el psiquiatra en la observación de estas conductas. En el Programa de Atención a Familias se somete a los componentes de la familia estudiada a un proceso de observación a través de la cámara Gesell mientras se está realizando la terapia. La forma en que cada uno de los miembros se comporta e interactúa con los demás o con el terapeuta es registrado por el resto del equipo y posteriormente se discute al respecto y se obtienen conclusiones derivadas de la observación.

En los pacientes hospitalizados también se lleva un registro de sus conductas por parte del personal de enfermería que sirve a los médicos tratantes para saber cómo están respondiendo a los tratamientos. Desafortunadamente, no es posible realizar este tipo de registros en las escuelas y en las casas de los pacientes, porque los casos que lo requieren son muy numerosos y no se dispone del tiempo ni del personal adiestrado para esta labor. Cuando esta observación es necesaria, tratamos de contar con la ayuda de los padres y de los psicólogos escolares para la observación de conductas proporcionándoles una metodología sencilla para su registro.

8. Análisis de la situación ambiental

Incluimos en este apartado el conocimiento de cómo son los diferentes ambientes en los que vive el niño: la familia, la escuela, el vecindario. El análisis de las condiciones en las que vive la familias, de cómo son sus patrones relacionales y su idiosincrasia, nos ayuda a comprender mejor la patología del niño o el adolescente. El tipo de escuela a la que asiste, los métodos educativos que en ella se aplican y la manera en que los maestros se relacionan con los niños también puede clarificar los problemas que puede estar presentando el paciente en relación a sus estudios y su conducta en las aulas escolares. La clase de vecindario donde habita la familia puede ejercer influencias importantes en las vivencias de los niños y los jóvenes, así como en el desarrollo de su conducta social y de sus intereses. Las condiciones miserables de

algunos barrios y el ambiente delictivo que se vive en muchos de ellos no favorecen la buena crianza y educación de los menores. Desde edades muy precoces se van adquiriendo patrones de conducta y actitudes disociales o antisociales que no se mejoran a pesar de los esfuerzos que haga el equipo de salud mental mientras el paciente esté inmerso a diario en esos ambientes.

9. Estudios de seguimiento.

Finalmente, uno de los métodos que el paidopsiquiatra debe utilizar en su trabajo es el del seguimiento del paciente por un período de tiempo que puede ser más o menos largo, y durante el cual acabará por confirmar o modificar el diagnóstico inicial. En Psiquiatría no siempre hay urgencia de un diagnóstico preciso y el tratamiento puede iniciarse en base a la sintomatología con la que se presenta el paciente. En los niños esto sucede más a menudo por su propia condición cambiante. Lo que hoy puede parecer una conducta psicótica, dentro de unos días o semanas puede haber desaparecido totalmente. Podríamos citar muchos ejemplos de cómo en los menores los diagnósticos pueden modificarse totalmente, o al menos en gran parte con el tiempo. Pero también puede ser que sea el tiempo el que confirme el diagnóstico: una conducta psicótica que en unos meses termina en una esquizofrenia evidente, o una conducta disocial durante los años escolares que en la adolescencia acaba en actividades delictivas. De hecho, en las historias clínicas iniciales se escribe un diagnóstico inicial tentativo que se demostrará o desechará con los estudios posteriores, pero incluso al terminar todos los exámenes no se tienen siempre una certeza diagnóstica y sólo el seguimiento aclarará la situación patológica del paciente. En otros casos, un período de internamiento para observación directa permite reafirmar un diagnóstico aún inseguro.

CUARTA SECCIÓN

Capítulo 11

LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

Lo que define en última instancia al médico, al sanador de las dolencias humanas, es precisamente el acto terapéutico. Este acto terapéutico no necesita ser realmente eficaz en un sentido objetivo, científico, sino que muchas veces ejerce su acción a niveles subjetivos sin que por ello confiera menos bienestar a la persona que lo recibe. Claro está que puede discutirse si este tipo de “curación” merece el nombre de tal. Dejaremos de lado esta cuestión por no ser el objeto actual de este capítulo, pero sí diremos que, de hecho, la ausencia de cualquiera de estas dos formas de efectividad, en el caso de una terapia: la objetiva y la subjetiva, marcan el fracaso del acto médico y por tanto, la desconfianza y frustración de los pacientes.

En relación con la Psiquiatría, estos dos tipos de efectividad terapéutica están menos netamente separados, y la misma palabra “curación” pocas veces se interpreta de igual forma que en la medicina llamada “orgánica” o “física”. Tratándose de problemas psicopatológicos, los objetivos a lograr no siempre están

muy claros si se les enfoca desde una perspectiva basada en el modelo médico. Los resultados que se quieren conseguir al tratar a un paciente psiquiátrico no pueden tener aspectos tan concretos como en las demás especialidades médicas. La elección de una meta terapéutica no obedece a criterios absolutos. Ante un tumor o un infarto del miocardio, ningún médico dudaría en la necesidad de un acto terapéutico, sea el paciente de cualquiera edad, raza o cultura. Sin embargo esto no es igual en nuestra especialidad. Tratar o no determinadas conductas dependerá de varios factores: edad, cultura o sociedad en la que se vive, actitudes de los demás ante esos comportamientos, intensidad de éstos, frecuencia, etc., excepto en casos muy definidos como una esquizofrenia o una anorexia nerviosa.

Por otra parte, el acto terapéutico psiquiátrico no tiene muchas veces el significado de “restitutio ad integrum” ideal de los tratamientos médicos, que aunque no siempre lo consigan, es lo que se persigue. Los criterios de normalidad y anormalidad son a menudo poco precisos en psicopatología lo que hace inaplicable ese ideal de curación total.

La Psiquiatría actual busca nuevos métodos de tratamiento, tanto a nivel biológico como psicológico, y los que últimamente se vienen utilizando con más éxito que las terapias tradicionales (fármacos nuevos, terapias más objetivas y científicas) se ajustan en sus logros, precisamente no a cambios totales de la personalidad, sino a ciertas áreas disfuncionales de ella, sin pretender “curar” en el sentido de las terapias tradicionales basadas en un modelo puramente médico.

En este capítulo nos referiremos en a las terapias psicológicas que se aplican más comúnmente en las clínicas de Psiquiatría y Psicología pediátricas en la actualidad, independientemente de que nosotros, en nuestro Servicio impartimos la enseñanza de psicoterapia en base a las técnicas conductuales y cognitivas. Los tratamientos en base a los modelos psicoanalíticos también se describen, aunque no son de nuestro interés por no compartir sus fundamentos teóricos.

Los tratamientos psicológicos que trataremos a continuación son:

- Las terapias conductuales.
- La Terapia Cognitiva y Cognitiva-Conductual.
- Las terapias de tipo psicoanalítico.
- La Terapia rogeriana
- La Terapia Gestalt.
- Psicoterapia de apoyo.
- La consejería a padres.
- Las terapias de grupo.

LAS TERAPIAS CONDUCTUALES

Las terapias conductuales, conocidas también como técnicas de modificación de conducta (Behavior therapy), derivan de la aplicación a la clínica de las

investigaciones de teóricos del condicionamiento y del aprendizaje de conductas, como Pavlov, Watson, Thorndike, Hull, Skinner, Bandura y otros. Los principios del condicionamiento habían sido utilizados para el tratamiento de problemas del comportamiento en niños desde muchos años atrás con Watson, Reyner (1920), Jones, Moss (1924), English (1929), Bregman (1934), etc., pero eran intentos aislados y experimentales que no llegaron a popularizarse en las clínicas. Hacia finales de los años treinta empieza ya a verse una tendencia creciente a incorporar los conocimientos adquiridos en el campo del aprendizaje de conductas en los métodos de tratamiento, e incluso a reunir en un marco teórico principios de la "psicología dinámica" con los del condicionamiento, como es el caso de Dollard y Miller a finales de la década del cuarenta.

La aplicación de conceptos psicoanalíticos traducidos en términos de las teorías del aprendizaje hecha por estos autores citados al campo de la conducta anormal, dice Yates que era esencialmente no experimental y sus procedimientos clínicos no diferían mucho de los de otros psicólogos psicodinámicos. Sin embargo, contribuyeron al desarrollo de la terapia del comportamiento que durante los años cincuenta entraría en una fase de crecimiento y extensión importante, y que poco a poco iría perfeccionándose tanto en sus concepciones como en sus aplicaciones clínicas. Si en Rusia, la herencia de Pavlov tuvo un desarrollo continuado, en occidente la herencia e Watson y sus colaboradores se desarrolló en forma más intermitente, no siendo hasta la década del sesenta cuando la terapia de la conducta se convertiría en una alternativa seria a la aproximación psicoanalítica(Yates).

Es necesario dentro de los aspectos básicos del conductismo distinguir entre condicionamiento clásico y el operante: el primero se basa en una relación refleja natural entre un estímulo y una respuesta sin que se haya dado un condicionamiento previo. Al asociar un estímulo capaz de provocar la conducta refleja con uno que no lo hace, este puede adquirir esa capacidad con el tiempo. Es el ejemplo clásico del trabajo de Pavlov con perros que solamente con escuchar un sonido que previamente había sido asociado varias veces con un estímulo provocador de salivación, lograba que esta se siguiera dando sin tener que presentarse junto con el estímulo natural. El condicionamiento operante se refiere a la emisión de respuestas en presencia de estímulos o situaciones que han sido previamente reforzantes produciéndose así un aprendizaje de la conducta en base a sus consecuencias.

Hobart Mowrer formuló en 1947 una teoría de dos factores sobre el reforzamiento. Según esta teoría existen dos clases de aprendizaje: el de señales y el de soluciones. En el primero se produce el condicionamiento de respuestas involuntarias de órganos y glándulas, afectando las conductas emocionales. Un estímulo neutral asociado a un estímulo incondicionado evocador de una respuesta de huída, o de una respuesta emocional, se convertirá en una señal de anticipación de un próximo evento aversivo, y por tanto, aversivo por sí mismo.

En el segundo tipo de aprendizaje, se emiten respuestas que quedan aprendidas al solucionar estados acompañantes de impulsos (drive), reduciéndose éstos y reforzándose aquéllas. Las respuestas voluntarias son parte de este aprendizaje de soluciones. Mowrer descubrió la importancia del miedo en las conductas aprendidas de huída y evitación. Para él, la conducta de evitación se produce en dos etapas: En primer lugar, el miedo queda condicionado con un estímulo por medio de un

aprendizaje de señales, y en segundo lugar, el mismo miedo produce a su vez estímulos que actúan como impulsos (drive) que deben ser reducidos. Posteriormente, cualquier conducta que reduzca este impulso queda aprendida a través del aprendizaje de soluciones.

De este modo Mowrer integra el condicionamiento pavloviano (aprendizaje de señales), y el de tipo Thorndike (de soluciones). Más adelante, en 1950 revisó su teoría y explicó todo el proceso en términos del aprendizaje de señales. Estas investigaciones tuvieron repercusión en los métodos de tratamiento basados en las teorías del aprendizaje.

Burrhus Frederic Skinner es uno de los investigadores cuya obra ha tenido una notable importancia en la evolución de la terapia del comportamiento. Algunos han considerado que las contribuciones de Skinner a la Psicología han sido las más importantes del siglo XX. Este investigador norteamericano, distinguió dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento tipo S relacionado con un estímulo (stimulus) en un proceso de tipo respondiente, y el condicionamiento tipo R en el que el reforzamiento se correlaciona con una respuesta. Ambos tipos pueden darse algunas veces juntos según Skinner.

En relación a ambos tipos de condicionamiento Skinner establecía en 1938 las siguientes leyes:

- La ley del condicionamiento tipo S: la presentación aproximadamente simultánea de dos estímulos, uno de los cuales (el estímulo "reforzante") está ligado a un reflejo ya existente en ese momento, puede producir el incremento de la fuerza de un tercer reflejo compuesto de la respuesta refleja reforzante y de otros estímulos.
- La ley de la extinción del condicionamiento de tipo S: si el reflejo reforzado a través de un condicionamiento de tipo S es evocado sin la presentación del estímulo reforzante, su fuerza disminuye.
- La ley del condicionamiento de tipo R: si la ocurrencia de una (conducta) operante es seguida por la presentación de un estímulo reforzante, su fuerza se incrementa.
- La ley de la extinción del condicionamiento de tipo R: si la ocurrencia de una operante ya reforzada a través de un condicionamiento, no es seguida por el estímulo reforzante, su fuerza decrece.

El condicionamiento tipo S corresponde al condicionamiento pavloviano, y el de tipo R al instrumental u operante. Este último es la aportación fundamental de Skinner. Describiremos a continuación una serie de conceptos básicos del condicionamiento operante como el reforzamiento, la extinción y el castigo, el control y la discriminación de estímulos, los programas de reforzamiento, la generalización, el encadenamiento, el moldeamiento, el principio de Premack, la desensibilización sistemática y el aprendizaje por imitación.

El *reforzamiento* es un proceso mediante el cual una conducta operante(que al emitirse opera un cambio en su ambiente inmediato) aumenta sus posibilidades de ocurrencia, debido a que al ser emitida es seguida por unas consecuencias determinadas. Cualquier consecuencia que aumenta las posibilidades de que ocurra posteriormente la conducta es denominada "*reforzador*". Según esto, el término

reforzador puede ser cualquier cosa, evento o situación y no debe ser confundido con el término “premio” o “recompensa” que tienen otra connotación.

El reforzamiento puede ser de tipo positivo, o de tipo negativo. Ambos aumentan la posibilidad de emisión de una conducta operante, pero se diferencian en el modo en que producen este efecto. En el reforzamiento positivo se produce el aumento de la frecuencia de la emisión de la operante cuando es seguida de la presentación de una situación reforzante (*reforzador positivo)*, y en el reforzamiento negativo, la consecuencia que se sigue es la supresión de una situación (*reforzador negativo)*, lo que aumenta la posibilidad de surgimiento de la operante.

La *extinción* es un proceso en el que la operante no es seguida de consecuencias que anteriormente habían mantenido sus posibilidades de ocurrencia. La operante no reforzada va perdiendo fuerza hasta que acaba por extinguirse.

El *castigo* se refiere a la presentación o retirada de un evento contingente con la respuesta y que disminuye la posibilidad de que se siga emitiendo. El castigo entonces, puede ser por daño o privación. En el primero, la operante es seguida de una situación aversiva, y en el segundo, por la retirada de un reforzador.

El *control de estímulos* hace referencia a la modificación de una conducta operante variando las contingencias de la misma, lo que hace que no se emita al no darse los estímulos que la refuerzan.

Una respuesta puede seguirse de una consecuencia reforzante o por un castigo en presencia de un estímulo, pero no en presencia de otro. Cuando un organismo responde de forma diferente a diversos estímulos, está *discriminando* y su conducta se considera bajo el control de un estímulo o de unos estímulos específicos.

Otro aspecto a tener en cuenta siempre es que las interrelaciones entre el ambiente y la conducta son complejas y reflejan una interacción dinámica. El condicionamiento operante nos ofrece una serie de principios básicos que sustentan estas interrelaciones, pero las situaciones no siempre son de carácter simple.

Los programas de reforzamiento están basados en dos aspectos: el número de respuestas y el tiempo. Así, los programas de *razón* toman en consideración el número de respuestas, y los de *intervalo* el tiempo. Ambos tipos de programas pueden dividirse en fijos o variables. En un programa de *razón fija* el reforzador será presentado después de un número fijo o establecido de conductas o respuestas. Un programa de RF 4 será uno en el cual se añade el reforzador cada 4 veces que se emite la conducta o respuesta.

En un programa de *razón variable* el reforzamiento se presenta en base a un criterio variable que puede oscilar en sus exigencias en cuanto al número de veces que se emite la conducta. Así, por ejemplo, un programa en el que se ha reforzado una conducta primero después de 2 respuestas, después de 6, después de 1 y después de 7 , corresponde a un programa de RV 4 ya que el promedio de respuestas que han sido reforzadas es de 4.

En el programa de *intervalo fijo* el reforzamiento se presenta después de haber transcurrido un lapso de tiempo establecido de manera fija: cada 5 segundos, o

cada 10 minutos, o cada 5 días, etc. Un programa de IF 5 será uno en el que se ha reforzado al organismo cada 5 segundos, minutos, horas o días.

En el programa de *intervalo variable* el reforzamiento se produce, igual que en el de RV, según un criterio no fijo en cuanto al tiempo. Un programa de IV 6 será uno en el cual el tiempo promedio de reforzamiento es de 6 (segundos, minutos, horas, días), pudiendo oscilar entre 1 y 12.

Los estudios han experimentales han demostrado que los programas de criterio variable producen conductas más difíciles de extinguir que los de criterio fijo. Con programas de RF se producen tasas estables de conducta y en los de IF, por ejemplo, los pagos de salarios en una empresa, la tasa de respuestas baja inmediatamente después del reforzamiento, pero empieza a subir cuando se acerca el nuevo reforzamiento. Los programas de criterio variable producen tasas estables y constantes de conducta.

La *generalización* es un mecanismo de aprendizaje muy bien desarrollado por Pavlov en sus experiencias en el campo del condicionamiento clásico, y por el cual un estímulo que no ha intervenido en el reforzamiento, pero que es parecido al estímulo reforzador, puede provocar también la misma reacción que este último. O sea, otros estímulos adquieren el poder de reforzar sólo con que sean lo suficientemente parecidos al que intervino originalmente en el condicionamiento.

El parecido o semejanza entre estímulos tiene importancia en el sentido de que mientras más diferencias existan con el estímulo reforzador original, menores serán las posibilidades de generalización. Existe por tanto, una relación inversa entre las diferencias de los dos estímulos y la fuerza de la respuesta condicionada. La relación entre la semejanza de dos estímulos y la fuerza de la respuesta condicionada se llama *gradiente de generalización.*

El *moldeamiento* hace alusión a un procedimiento por medio del cual se logra que un organismo emita conductas dividiendo a éstas en diferentes pasos que se van reforzando progresivamente, de modo que después de un período de tiempo se alcance la ejecución total de la conducta o la conducta completa.

El *encadenamiento* se refiere a la consecución de conductas complejas o formadas por varias conductas aisladas que se van uniendo hasta lograr una conducta más compleja mediante el procedimiento de reforzamiento.

Otro principio derivado de los métodos de modificación de conducta es el llamado *Principio de Premack* por el que una conducta de tasa alta es utilizada para aumentar otra de tasa débil. Es un principio de utilidad en la educación y en la crianza de niños. En este caso, la consecuencia de la operante débil es la oportunidad de ejecución de una conducta con consecuencias reforzantes.

Los reforzadores, dentro del condicionamiento operante, pueden ser de carácter *primario* o *secundario.* El primario es a base de un estímulo que tiene valor reforzante por sí mismo, que no depende de condicionamiento previo. Generalmente son naturales y satisfacen necesidades biológicas del organismo, tales como el hambre, la sed, el sexo, etc. Son *reforzadores incondicionados.* Los secundarios o *reforzadores condicionados* han adquirido su capacidad reforzante después de un condicionamiento. El interés esencial de estos últimos consiste en

que los refuerzos sociales pertenecen a esta categoría: la sonrisa, la alabanza, las caricias, la atención, etc. La posibilidad de utilizar refuerzos sociales amplia el campo de aplicación y la utilidad del condicionamiento operante. El número de reforzadores sociales utilizable puede ser (teóricamente) infinito, lo que no ocurre con los primarios.

Otros términos que interesa destacar son los de *estímulo aversivo, conductas de evitación y de escape.*

El estímulo aversivo es aquel que produce molestia o desagrado al organismo. Lo esencial del estímulo aversivo no es la connotación molesta, sino las relaciones funcionales que tiene con la conducta que le sigue. Es decir, los estímulos comúnmente llamados aversivos no se distinguen de los demás por detalles físicos concretos; lo esencial es el significado que tenga para un organismo y unas conductas determinadas. Lo que para un organismo puede ser aversivo, para otro puede ser reforzante o neutral.

Evasión es la conducta de alejamiento de un estímulo aversivo. En la conducta de evitación se produce una respuesta antes de que aparezca el estímulo aversivo, y aquélla retarda o impide la ocurrencia de este estímulo. Según Skinner, la ansiedad se produce cuando el sujeto no es capaz de evitar la estimulación aversiva ni tampoco escapar de ella.

La *desensibilización sistemática* es una técnica que se ha estado aplicando dentro de las corriente conductista para una variedad de patologías como fobias, temores, compulsiones, etc., y su fundamento es la asociación de respuestas antagónicas de la ansiedad en presencia de estímulos que generan ansiedad con la finalidad de debilitar estas respuestas ante dichos estímulos. Como una manera de contrarrestar la ansiedad se utiliza, al inicio de la desensibilización, la relajación corporal (con o sin medicamentos). En el procedimiento de desensibilización el terapeuta y el paciente construyen una escala continua de estímulos que van de menor a mayor capacidad de provocar ansiedad, para ir suprimiendo la respuesta anormal ante cada uno de ellos, sin pasar a un estímulo hasta tanto no esté suprimido del todo el condicionamiento de la ansiedad con el estímulo previo de la escala.

Esta metodología desensibilizadora fue expuesta en 1958 por J. Wolpe y actualmente se aplica de dos formas: en vivo, es decir, trabajando con las situaciones reales, o mediante la visualización o imaginación de la situación sin necesidad de estar presente el o los estímulos reales.

Con el método del *contra-condicionamiento* se hace acompañar el proceso de desensibilización de estímulos capaces de producir respuestas opuestas a la ansiedad.

Dentro del condicionamiento operante, las nuevas conductas nunca surgen de forma repentina sino gradualmente. “El condicionamiento operante modela la conducta como un escultor modela la masa de arcilla. Aunque parecen hasta cierto punto que el escultor ha producido un objeto totalmente nuevo, siempre podremos seguir el proceso de vuelta hasta la arcilla indiferenciada original y establecer los pasos sucesivos por los que volvemos a esta condición haciéndolos tan pequeños como queramos… Igualmente una operante no es algo que aparezca como un

producto hecho en la conducta de un organismo. Es el resultado de un proceso continuo de modelado."(Skinner).

Según Bayés, el enfoque skinneriano de la Psicología se caracteriza por un abordaje ateórico y descriptivo, la discriminación entre el condicionamiento operante y el respondiente, reducido este a una parte mínima de la conducta del organismo, la aplicación de las leyes de la conducta a todos los organismo y desconfianza frente a las técnicas estadísticas.

La modificación de conducta prescinde de toda interpretación de tipo mentalista para enfocar su actividad sobre conductas observables, sean verbales o motoras. No se discute la existencia de una actividad interna, de los procesos ideativos, pero no se les toma en cuenta por no ser objeto de una adecuada observación y registro. Tampoco se niegan los fenómenos psicofisiológicos, pero sí su interés a la hora de modificar conductas.

Después de suprimir la conducta anormal se logra el objetivo marcado previamente. La tan aludida substitución de síntomas que se produce en estos casos según los psicoanalistas, no se ha podido demostrar después de estudios realizados por diferentes investigadores.

La selección previa de las conductas a modificar, suprimir o desarrollar, es indispensable, así como su definición clara y operativa. Una vez elegidas las conductas blanco, será necesaria una rigurosa observación de las mismas en el ambiente natural del sujeto durante un período de tiempo que puede ser de días a semanas. Durante este lapso de tiempo se realiza una medición de la frecuencia y/o intensidad de la conducta, trasladando los resultados a una gráfica y que servirá de registro basal y para comparación con mediciones ulteriores una vez instaurado el tratamiento.

El *análisis funcional de la conducta* en la metodología que estamos tratando, es la investigación de los estímulos que provocan la emisión de la conducta, el tipo de conducta que se emite y las consecuencias que le siguen, lo que en inglés se conoce por las siglas ABC (A=antecedent; B=behavior; C=consecuence). Este análisis se realiza durante el período de observación que mencionamos en el párrafo anterior.

Hasta finales de los años cincuenta, las aportaciones que se habían hecho a las teorías del aprendizaje de conductas desde los rusos hasta Skinner, no tomaban muy en cuenta las variables sociales que intervienen en los procesos de maduración y convivencia del ser humano. Esta carencia fue solventada por los estudios de Albert Bandura quien, junto a sus colaboradores, desarrolló una teoría del aprendizaje social enmarcada dentro del modelo comportamental.

Para Bandura, la conducta normal y la conducta desviada se pueden explicar en base a los mismos tipos de fenómenos, y trata de entender todo tipo de conducta social en términos de fenómenos antecedentes de estimulación social: los modelos sociales, las contingencias de refuerzo en la historia del aprendizaje, y los métodos de instrucción utilizados para desarrollar y modificar la conducta social del individuo. Sin despreciar la importancia de las variables constitucionales, le parece más fructífero dedicarse a estudiar las influencias del aprendizaje social.

En el proceso de conductas socialmente aceptables o inaceptables (inadaptadas), Bandura confiere importancia a los mecanismos de aprendizaje por imitación y a las pautas de refuerzo. También da importancia a los procesos de autocontrol “ya que, tanto la estabilidad de las pautas de comportamiento como el mantenimiento del control social, dependen mucho del ejercicio de respuestas habituales de auto recompensa y auto castigo por parte de los miembros individuales de la sociedad.”(Bandura).

Las investigaciones de este autor con niños demostraron que el aprendizaje *por imitación* es una realidad que se da constantemente en la sociedad. La imitación de modelos es un modo de adquirir respuestas nuevas o de modificar repertorios de conductas ya existentes sin necesidad de ejecutar las acciones del modelo.

La exposición a un modelo puede traer consigo consecuencias como:

1. Un efecto de modelado que implica la transmisión de pautas de respuesta de una imitación precisa y que previamente no se encontraba en el repertorio del observador.
2. Un efecto inhibitorio o desinhibitorio que se refleja en un incremento o disminución de la frecuencia, la latencia o la intensidad de determinadas respuestas adquiridas previamente por el observador, más o menos similares a las que muestra el modelo.
3. Un posible efecto de provocación en el que la observación de respuestas de un modelo sirve como señal para que el observador emita respuestas similares, que ni son completamente nuevas ni están inhibidas como resultado de un aprendizaje previo.

En estos procesos de aprendizaje por imitación intervienen una serie de variables como las consecuencias de la conducta mostrada por el modelo, es decir, las recompensas o reforzamientos, y los castigos que siguen a la conducta del modelo, tendrán una consecuencia similar en el sujeto que observa. También es una variable, el tipo de modelo al que está expuesto el individuo. Se imitará más a los modelos de alto prestigio, gratificantes o ejemplares. Otra variable es la capacidad de imitación que ha sido previamente reforzada, el estado actual del observador o su estado emocional.

Una vez aprendidas ciertas respuestas por imitación, serán reforzadas o no a medida que se ejecutan, y dependiendo de las consecuencias que se produzcan en el medio cuando aquellas son ejecutadas.

Bandura también estudió los efectos de ciertas pautas de reforzamiento sobre la conducta social. Concretamente, investigó las consecuencias del refuerzo positivo y del castigo sobre la conducta agresiva, la de dependencia y la sexual. Respecto a las agresivas, sus estudios demostraron que “el refuerzo positivo - de aprobación verbal o recompensas materiales – incrementa la frecuencia de las respuestas agresivas de los niños, que el refuerzo de un tipo de conductas agresivas puede dar como resultado el aumento de otra clase de ellas, y que los efectos de la recompensa de la agresión en situaciones de juego relativamente impersonales, se transfieren a situaciones sociales nuevas en las que puede manifestarse una agresión interpersonal.”

Respecto al castigo y a la agresión, el primero, administrado por una figura con autoridad, puede disminuir la conducta agresiva en presencia de ésta, pero puede suceder que se desplace contra objetos o personas diferentes en otras situaciones. La imitación de conductas agresivas y el refuerzo intermitente de éstas puede aumentar las actitudes violentas en los niños.

En cuanto a conductas de dependencia, las consecuencias del reforzamiento y del castigo son similares a las de la agresividad:

1. El reforzamiento por recompensa fortalece estas conductas.
2. El castigo disminuye su frecuencia.
3. El castigo no las disminuye cuando se recompensan estas respuestas en forma intermitente; esta situación las incrementa más que la recompensa sola.
4. La negación de refuerzos positivos incrementa estas respuestas de dependencia cuando existe una historia de reforzamiento de aquéllas.
5. Una negación prolongada de los refuerzos positivos a la dependencia, produce una disminución de la incidencia de esas conductas.

En relación con las conductas sexuales, la investigación se limitó a respuestas de tipo verbal, las cuales se llegaron a desinhibir mediante exposición de los sujetos a estímulos plásticos o escritos sexualmente significativos, en un ambiente de tolerancia y mediante la provisión de refuerzos positivos. Las conductas sexuales parecen estar sujetas a los mismos tipos de aprendizaje, en sus aspectos normales y anormales, que las anteriores.

Los métodos de modificación de conducta se utilizan frecuentemente en Paidopsiquiatría para una gran variedad de situaciones de crianza y alteraciones del comportamiento, ya sea directamente con en el paciente o adiestrando a los padres o maestros para que las pongan en práctica. Dentro de los tratamientos por consejería que se tratarán más adelante, una buena parte de la orientación que se da a los padres consiste en estos métodos. Igualmente se aplican con pacientes hospitalizados que muestran conductas perturbadoras o se muestran muy negativos a seguir instrucciones.

LA TERAPIA COGNITIVA

Esta modalidad de psicoterapia se fundamenta en la teoría de que las personas construyen, desde épocas tempranas de su vida, esquemas de pensamiento que guían su manera de sentir y de ver la realidad. Se refiere a la idiosincrasia de la persona, a cómo organiza o estructura sus creencias y sus valores. Estas formas de pensar pueden estar en consonancia con la realidad o por el contrario en discordancia con ella, dándose una *distorsión* de la misma, lo que se traduce en comportamientos y sentimientos anómalos o patológicos. Beck, el iniciador de estas terapias como se les conoce y practica en la actualidad, llama *cogniciones* a esas formas mentales de apreciar o ver los eventos de la vida real pasados, actuales o futuros.

Las cogniciones maduras permiten al individuo una adaptación racional a su mundo, pero las primitivas se basan en supuestos personales que no se adecuan a la realidad, son pensamientos erróneos que se denominan:

- **Inferencias arbitrarias**: consiste en inferir que van a pasar cosas sin que existan evidencias que apoyen esa creencia: “he estudiado mucho, pero seguro que voy a fracasar el examen de mañana”.
- **Abstracciones selectivas**: se toman detalles fuera de contexto para sacar conclusiones sin apreciar los aspectos verdaderamente relevantes de las experiencias: “mi amigo se río de mí hoy, eso quiere decir que ya no quiere se mi amigo”.
- **Magnificación o maximización**: se da importancia excesiva a acontecimientos o rasgos de la persona que no lo merecen: una error de poco significado en el trabajo puede llegar a abrumar a la persona como si hubiese cometido una gran falta.
- **Minimización**: se disminuye el valor de una calidad, hecho o situación lo que generalmente sucede con las personas depresivas que restan importancia a los aspectos positivos de su vida.
- **Sobre generalización**: se elabora una conclusión general a partir de hechos aislados y no relacionados entre sí: un fracaso significa seguir fracasando siempre.
- **Personalización**: Consiste en atribuirse la persona la causa de sucesos externos aunque no haya evidencia para ellos, como cuando una persona depresiva se atribuye culpas injustificadamente.
- **Pensamiento dicotómico**: En este tipo de pensamiento el sujeto se sitúa en los extremos de las posibilidades sin considerar situaciones intermedias. P.ej.: “si no soy el mejor, entonces no sirvo para nada”.

Cuando las personas piensan de estas maneras equivocadas, es porque no son capaces de corregir sus cogniciones comprobándolas con la realidad en base a las experiencias, más bien se autoafirman en esas cogniciones distorsionadas ante situaciones de tensión o aversivas. Se suele llamar *pensamientos automáticos* a esas cogniciones que tienden a ser repetitivas y que son los contenidos de esos modos distorsionados de concebir los hechos. Según McKay (citado por Ruíz S. y Cano S.), las características de esos pensamientos automáticos son:

- Mensajes específicos, a menudo taquigráficos.
- Aceptados a pesar de su irracionalidad.
- Se viven como espontáneos o involuntarios.
- Tienden a dramatizar las experiencias.
- Se centran en aspectos muy específicos ocupando el centro de las preocupaciones del individuo (pérdidas, peligros posibles, actitudes injustas de otros o de la sociedad, etc.).

El objetivo de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a ser consciente de esas cogniciones distorsionadas que ha venido utilizando y junto con el terapeuta, iniciar un proceso de modificación de sus respuestas afectivas y comportamentales, así como de adaptar su forma de pensar para que no se siga rigiendo por esquemas conceptuales errados. Esto debe conseguirse a través de varios técnicas, pero que fundamentalmente pueden resumirse en tres: hacer que el paciente identifique sus pensamientos automáticos y que los trate como hipótesis que requieren verificación confrontándolos con la realidad (búsqueda de evidencias para comprobar la validez de sus pensamientos), y buscar alternativas a esas conductas inadaptadas.

Beck estableció diez principios básicos de su terapia que son:

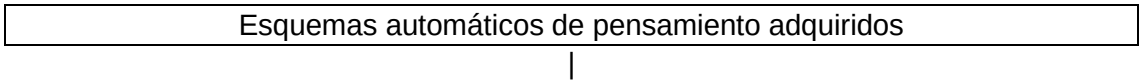
1. Modelo de aprendizaje de los trastornos emocionales.
2. Seguimiento de un modelo educativo buscando alternativas a los patrones de percepción de la realidad, siendo el paciente el agente principal de cambio.
3. Es breve y con límite de tiempo.
4. Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
5. Uso del método socrático (conocimiento interno de sí mismo).
6. Buena relación paciente-terapeuta.
7. Terapia estructurada y dirigida.
8. Orientada hacia el problema.
9. Basada en el método científico.
10. Importancia del trabajo para la casa.

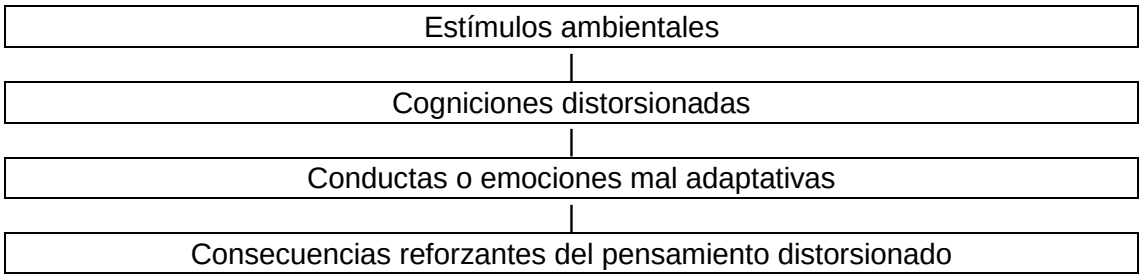
Cuando se trata de niños y adolescentes deben tomarse en cuenta sus niveles de desarrollo conceptual y verbal al aplicar estas técnicas cognitivas. La influencia del modo de pensar de los adultos que se relacionan con el niño, especialmente los familiares más cercanos, tiene importancia pues ellos pueden tener también esquemas de pensamiento distorsionados que son aprendidos por aquél lo cual es muy frecuente según nuestra experiencia.

A edades en que los niños ya son capaces de distinguir, al menos de forma básica, las fantasías y sus propios pensamientos de la realidad, y cuando son capaces de transmitir verbalmente sus ideas y sus afectos, se puede empezar a trabajar con ellos a base de las técnicas de terapia cognitiva. Una de las maneras que hemos encontrado más útil para modificar esquemas de pensamiento y conductas influidas por éstos en los niños, es invitarlos a descubrir alternativas para afrontar situaciones en las que suelen comportarse en forma negativa, agresiva o ansiosa.

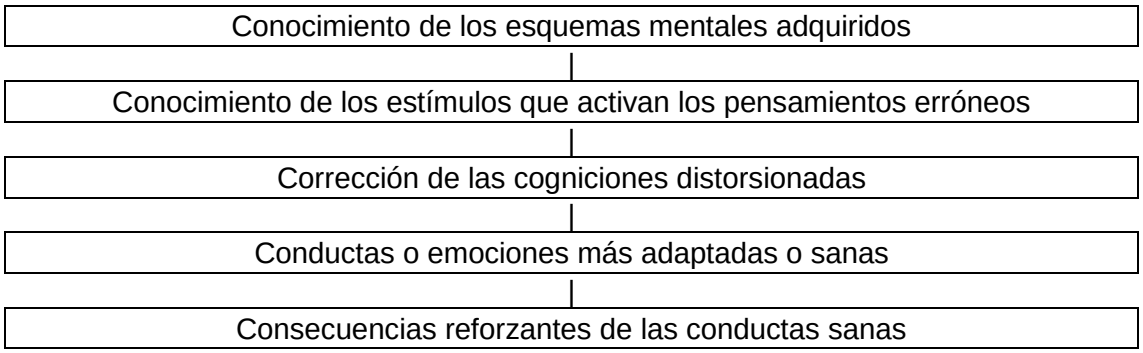
El método socrático que es uno de los principios de Beck también rinde frutos con los niños y adolescentes cuando existe una atmósfera empática entre ellos y el terapeuta. La terapia cognitiva puede combinarse con métodos propios de la terapia conductual formando lo que se conoce como terapia cognitiva-conductual, la cual intenta que paciente aprenda e internalice formas de autocontrol y de solución de problemas logrando eliminar así sus conductas mal adaptativas. En este tipo de tratamiento el paciente, en nuestro caso el niño o el adolescente, controla sus propias conductas aprendiendo a conocer los factores ambientales que las desencadenan y sus consecuencias teniendo como mediadores a sus pensamientos erróneos o cogniciones distorsionadas. Los pensamientos y las imágenes son también utilizadas como reforzadores.

El **proceso patológico** según este enfoque es el siguiente:





El **proceso de terapia** a su vez consiste en:



Según Cohen y Schleser, en la terapia cognitiva-conductual con niños se debe asumir tres aspectos:

1. El niño debe ser activo en la resolución de los problemas.
2. La discriminación, extracción y análisis de la información para la subsiguiente planificación de los cambios;
3. Con el avance del desarrollo los estilos de resolución de problemas van cambiando.

En el enfoque terapéutico de Albert Ellis, denominado terapia racional emotiva, se comparten los fundamentos de la cognitiva de Aaron Beck y la cognitiva-conductual. Él considera que las emociones son tan importantes como las cogniciones y en la terapia deben expresarse abiertamente. La terapia racional emotiva persigue, a diferencia de la cognitiva, cambios más profundos y duraderos en la personalidad, hace énfasis en la confrontación activa con el paciente en relación a los pensamientos disfuncionales y enseña la evaluación de las acciones. También afirma que requiere niveles de funcionamiento cognitivo más avanzados que lo de los niños más jóvenes.

TERAPIAS DE TIPO PSICOANALÍTICO

En relación a estas terapias podemos mencionar dos escuelas fundamentales en el tratamiento analítico de niños: la de Anna Freud y la de Melanie Klein. Dice Dare que el objetivo del psicoanálisis es el mismo cualquiera sea la edad del paciente: es siempre llegar a contactar con sus realidades psíquicas. El análisis de las defensas y de las relaciones de objeto en la fantasía y en la realidad deben ayudarlo a diferenciar entre realidades internas y externas, y fomentar el desarrollo psíquico.

Refiriéndose a Anna Freud, dice el mismo autor que cree menos en la eficiencia de la terapia psicoanalítica y de forma correspondiente, tiene expectativas más cautelosas de la naturaleza de los objetivos del tratamiento y reproduce el siguiente párrafo: “Los niños tienen urgencia de terapia analítica cuando el desarrollo progresivo normal se detiene o enlentece de manera significativa, ya se la razón de esto la formación de síntomas, una actividad defensiva excesiva, regresión, etc. De esto se deduce que se deben considerar curados tan pronto como las fuerzas del desarrollo estén libres otra vez y listas para actuar otra vez… en la práctica no es tan fácil determinar cuando estos cambios benéficos tienen ligar en la personalidad del niño, y de que forma operan en su estructura”.

Anna Freud matiza las características del análisis de niños de la siguiente forma: “Es de esperarse que debido a su inmadurez, los niños no posean muchas de las cualidades y actitudes que en los adultos se consideran necesarias para emplear el tratamiento psicoanalítico; que carecen de introspección (*insight*) con respecto a sus anormalidades; que por consiguiente no experimenten el mismo deseo de curarse, ni idéntico tipo de alianza terapéutica; que habitualmente su yo esté del lado de sus resistencias; que no decidan por sí mismos iniciar, continuar o completar el tratamiento; que su relación con el analista no sea exclusiva sino que incluya a los padres, quienes deben sustituir o complementar el yo y el superyó del niño en varios aspectos. Toda descripción del análisis de niños es aproximadamente sinónimo de los esfuerzos necesarios para vencer y neutralizar esas dificultades”.

Los psicoanalistas de niños, basándose en la incapacidad de los niños de menos edad para hablar de sus problemas en una forma directa, han ideado diversos métodos para que el niño los exprese durante las sesiones terapéuticas. Melanie Klein fue la primera en sistematizar en 1932 el juego espontáneo como medio de expresión de los conflictos del niño. El análisis de niños a través de la actividad lúdica se ha convertido en una de las formas de terapia más utilizadas dentro de la corriente psicoanalítica e incluso en otras de carácter menos interpretativo.

El análisis de niños o paidoanálisis también se ha venido realizando a través de las creaciones artísticas de los pacientes: dibujo, pintura, modelado con barro o cualquier otro material plástico, juego con arena, etc. Todos estos tipos de análisis se fundamentan en los mismos principios teóricos y suelen elegirse en función de la edad y de los gustos del propio niño. Claro está que, las interpretaciones que se realizan durante estas terapias están en función a su vez, de los presupuestos teóricos del terapeuta, y por tanto, sujetos a esquemas más o menos fijos respecto a la patogénesis del enfermar psíquico de los niños. Según Dare, el analista interpreta la actividad del paciente en dos direcciones: una en la que trata de unir los sentimientos y el contenido del pensamiento (revelado en el juego, dibujos, etc.) a otros acontecimientos de la vida cotidiana; y otra en la que trata de hacer comprender al niño como sus experiencias corrientes actuales están determinadas por las experiencias pasadas.

Otra forma de terapia analítica es la que se practica en grupo. En los grupos de niños bajo terapia analítica, el terapeuta permite la libre interacción de los componentes originándose un material que somete luego a interpretación, analizando de este modo los conflictos de cada paciente y movilizando sus defensas. El tratamiento por la dinámica de grupos con niños y adolescentes fue iniciado por Slavson en la década del cuarenta.

Otro tipo de terapia basada en el psicoanálisis es el psicodrama que desarrolló Moreno. Inicialmente se dio oposición entre las tesis de Moreno y las de Freud, pero finalmente el psicoanálisis acabó adoptando el psicodrama. Moreno lo inició en enero de 1944 tras articular el psicodrama con el psicoanálisis, a cuya asociación denominó psicodrama psicoanalítico.

Anziew resume los objetivos psicodrama psicoanalítico así: "Enfocar la representación dramática por una parte, y la situación del grupo por otra como una estructura específica irreducible al campo de la palabra, que constituye la relación analista-paciente en el psicoanálisis individual. Considerar esta estructura específica, cualquiera sean sus variantes… como algo propiamente psicodramático y debido al genio propio de Moreno, y por consiguiente, conservar el nombre de psicodrama; desarrollar, dentro de esta estructura, las relaciones interindividuales, intragrupo, según el espíritu psicoanalítico y no según la pedagogía de la improvisación dramática…"

Otras psicoterapias derivadas del psicoanálisis son las de Jung, Adler y Rogers. El psicoanalista de tipo jungiano utiliza los sueños como instrumento principal de trabajo y accesoriamente los dibujos. Su interés se centra en las expresiones del inconsciente colectivo, de los arquetipos, a través de cuyo estudio se quiere educar y transformar a la personalidad (Ey). Adler, al parecer trabajó más con niños que Jung, siendo de los pioneros en las terapias de grupo. Su psicoterapia se basa más en aspectos de tipo educativo, en intentar adaptar al individuo a la sociedad, y en el supuesto de que el complejo de inferioridad y la falta de sentimiento social son elementos claves en la patogenia de los trastornos emocionales. El papel del terapeuta es distinto que en el análisis de tipo freudiano o kleiniano; es más activo y de ayuda directa más que de intervención dinámica interpretativa. Además prescinde de elementos teóricos psicoanalíticos como la libido y las relaciones objetales.

LA TERAPIA ROGERIANA

En la técnica de terapia no directiva de Carl Rogers se intenta facilitar y permitir al paciente hablar de sí mismo en presente, se contenta con facilitar la formulación de las experiencias de la persona por una repetición, en otros términos, de sus emociones o sentimientos esenciales (Ey). La primera descripción de esta psicoterapia la hizo Rogers en 1942 y la denominó "Terapia Centrada en el Cliente" o "Terapia no Directiva". Patterson enumera las condiciones de esta terapia: 1) una relación afectiva no posesiva con el paciente; 2) comprensión empática; 3) el terapeuta debe ser genuino, honesto, sin brechas entre lo que asume como tal terapeuta y lo que es realmente.

La psicoterapia rogeriana se fundamenta en los siguientes principios teóricos:

1. Cada individuo vive en su propio mundo privado.
2. La conducta está determinada por las percepciones individuales del sujeto, lo que constituye su realidad.
3. El individuo se comporta como un todo organizado en relación a su campo fenomenológico.
4. El hombre tiene una motivación básica: la preservación y afirmación de sí mismo.

5. La conducta no solamente es reactiva sino activamente dirigida hacia ese fin básico.
6. La mejor forma de comprender al paciente, dados los principios citados previamente, es la de situarse “en su lugar”.
7. Los valores de un individuo pueden derivar de sus propias experiencias, o pueden introyectarse a través de las experiencias de otros y ser vistas como propias.
8. Las experiencias se organizan y cobran significado en relación con el propio concepto de sí mismo; lo que amenace este concepto de sí mismo es distorsionado, negado o ignorado.
9. El mal ajuste psicológico viene cuando existe discrepancia entre el propio concepto de sí mismo y las experiencias.
10. En ausencia de amenaza al propio concepto de sí mismo, el sujeto es capaz de percibir y tratar las experiencias que son inconsistentes con ese auto concepto y las discrepancias asociadas.
11. Las condiciones psicológicas nombradas antes como necesarias para la terapia minimizan el conflicto, liberan al paciente y lo capacitan para convertirse en una persona más adaptada.

LA TERAPIA GESTALT

La palabra Gestalt (forma) es alemana y se refiere a un sistema o fenómeno de integración tan perfecta que constituye una unidad funcional con propiedades no derivadas de sus partes. El gestaltismo es un sistema que concibe los fenómenos físicos como psíquicos integrados en una unidad, un todo no analizable en sus partes, ni la suma de elementos separados. La estructura y función de cada elemento dependen del conjunto como parte del todo, y no a la inversa. De aquí toma su base la psicología de la forma o gestáltica, y de ésta la terapia que lleva el mismo nombre.

La Psicología de la Gestalt concibe al organismo y su medio como una totalidad donde el primero percibe al segundo como conjunto significativo (Gestalt), estructurado en términos de “figura” y “fondo”, en función de su interés o necesidad en cada momento. Cuando el organismo satisface su necesidad, vuelve a un punto cero de equilibrio hasta que la tensión surgida de una nueva necesidad reestructura la percepción del medio para satisfacerla y lograr así, un nuevo equilibrio dentro del ciclo permanente de “autorregulación organísmica” que caracteriza la vida (Castanedo).

La terapia de la Gestalt se fundamenta en tres premisas que son:

1. Darse cuenta del “qué” y el “cómo” de la conducta y no del “por qué”.
2. La homeostasis identificada por Perls con la autorregulación organísmica y lo definió como el proceso mediante el cual el organismo interactúa con su ambiente para mantener el equilibrio.
3. El contacto es imprescindible para el crecimiento y el desarrollo del ser humano.
4. La enfermedad se producirá por alteraciones de cualquiera de estas tres premisas o expresiones del ser humano. Por tanto los objetivos de la terapia son:
5. Pasar del apoyo externo al auto apoyo.
6. Aprender a darse cuenta de lo que hace y cómo lo hace.

7. Lograr la mayor integración posible.
8. Fomentar en el paciente una actitud activa y responsable que le permita aprender a observar sus conductas y experimentar otras nuevas.

Casi siempre que se habla o se escribe de terapia gestáltica se la relaciona en su aplicación a los adultos, ya sea en forma individual, y utilizando la técnica de "la silla vacía" como lo hacía su fundador Fritz Perls (1893-1970), o bien en su aplicación a familias como lo hacía Walter Kempler, o a grupos por medio de talleres, maratones o laboratorios vivenciales como lo practicaba Laura Perls.

Cuando se trata de la aplicación de estas terapias a niños se menciona el nombre de Violet Oaklander. Según ella todos los conceptos y principios de la Gestalt pueden adaptarse al crecimiento sano del niño y a su patología. Comenzando por el organismo como una totalidad, el niño al nacer utiliza todos sus sentidos para sobrevivir, succiona e incorpora el mundo que le rodea por medio del olfato, los sonidos, el gusto, los colores, las caras conocidas y desconocidas. Más adelante toma conciencia de su propio cuerpo llegando así a alcanzar, tocar, agarrar y explorar los objetos y las personas.

Posteriormente, aparece la expresión de sus emociones: ríe-llora, siente rabia-alegría, se siente feliz o infeliz, etc. Después aparece el lenguaje que le permite manifestar más claramente sus necesidades, deseos y pensamientos. El niño que desarrolla adecuadamente todas estas fases adquiere una personalidad sana que le conduce a establecer un contacto apropiado con las personas que lr rodean.

En todas las etapas de la existencia, desde la primera infancia hasta la tercera edad, el principio gestáltico de homeostasis o adaptación es fundamental para mantener el equilibrio y satisfacer las necesidades. Para lograr esta integración se requiere darse cuenta de que es lo que necesita la persona. Asimismo, el niño debe establecer contacto con los otros y lograr un sentido adecuado de sí mismo. Todo lo anterior puede estar alterado por las *introyecciones negativas* que fueron inculcadas en su mente desde los primeros años, que lo inhiben y no le permiten ser él mismo *deflectando* (ing. deflect= desviar) sus emociones. Si esta situación se da, el niño no podrá llegar a la auto identificación y obtener auto soporte que tanto requiere para enfrentar al mundo y sus adversidades. El bajo sentido de autoestima es una de las características del niño con trastornos, siendo aquélla necesaria para establecer contacto (mirar, hablar, tocar, oír, moverse, oler, saborear) con los demás y el ambiente.

Aparte de las dos resistencias citadas: introyectar y deflectar, el niño también *retroflecta* (ing. retroflex= doblar hacia dentro), o sea, se hace a sí mismo lo que desearía hacer a los demás, lo que se da especialmente en el niño que se auto castiga o se auto mutila, conductas utilizadas frecuentemente por los deficientes y enfermos mentales. El niño también puede manifestar una conducta confluente con su medio y quienes le rodean, haciendo ver que es sumiso, adaptado y obediente, diciendo a todo que "sí" e imitando a los demás, lo que impide la consecución de una identidad propia. Otro mecanismo que puede utilizar es la *proyección* como resistencia a enfrentarse al contacto con su propia identidad, atribuyendo a los otros lo que él mismo siente.

Todo lo anteriormente expuesto bloquea el desarrollo del niño, su integración y el logro de la identidad de su personalidad. Cuando alguna de estas resistencias y

trastornos mencionados se detectan en el niño, conviene someterlo a un proceso terapéutico siguiendo en cada sesión y en cada punto a trabajar, las etapas del ciclo de las experiencias señaladas por Zinker en 1979. Necesita, en primer lugar, tener sensaciones para llegar a tomar conciencia de sí mismo, de su cuerpo, sus emociones y su medio. Seguidamente debe movilizar energías para poder pasar a la acción y llegar finalmente al contacto (Castanedo).

Para que puedan integrarse todas estas fases del ciclo, deben tener lugar en el aquí y ahora de cada experiencia, en el momento en que se siente la emoción, poco importa si ésta, pensamiento o idea, correspondan al pasado o al futuro, el cerebro y el organismo en su totalidad las siente en el presente existencial.

Concluyendo, el objetivo de la terapia gestáltica con niños es enfocar las necesidades y deseos que estos tienen de expresar su sentir aquí y ahora, tanto a nivel sensorial como emocional, enseñándole a hacer frente a situaciones inconclusas y duelos no resueltos sin gastar excesivamente en lo que ya fue o aún no ha sido. Vivir en el aquí y el ahora gestáltico facilita al niño la llegada a una adolescencia menos turbulenta.

LA PSICOTERAPIA DE APOYO

Con esta modalidad de psicoterapia se trata de ayudar al niño a ir resolviendo los problemas que se le presentan cada día con una intervención directa del terapeuta. Según Mushin, está indicada en casos de: niños en peligro de ser desbordados por los peligros que afrontan diariamente; niños cuyas limitaciones intelectuales les incapacitan para recibir otro tipo de psicoterapias más profundas o intensivas; niños o familias que no se encuentran psicológicamente preparadas para explorar sus conflictos en profundidad; necesidad de restablecer el patrón de desarrollo normal durante las crisis de las diferentes etapas del crecimiento.

La psicoterapia de apoyo tiene un fundamento educativo importante: se trata de enseñar y ayudar al niño a resolver sus problemas en forma objetiva, sencilla y práctica. En clínicas donde se debe atender una demanda elevada de casos, como sucede en nuestro medio en las instituciones estatales, esta es una de las modalidades de terapia más apropiadas.

CONSEJERÍA A PADRES

Los objetivos de la consejería a padres son, según Sperling, los siguientes:

1. Educar a los padres en relación al desarrollo normal del niño.
2. Enseñarles los modos cómo reacciona a las situaciones de tensión emocional.
3. Explicarles la naturaleza de la psicopatología infantil.
4. Entrenarlos para afrontar más adecuada y eficazmente los problemas de disciplina y para ser mejores padres.
5. Hacerles ver y comprender sus propias reacciones ante situaciones de tensión emocional del niño y de la familia.
6. Prepararlos para el caso de que tengan que someterse a terapia ellos mismos.

Este tipo de orientación o consejería será necesaria en una gran cantidad de casos. Cuando se trata de niños pequeños, esta asesoría combinada con la instrucción de los padres en métodos de modificación de conducta es el camino más práctico a seguir. Hoy día se tiende a iniciar la consejería con carácter preventivo desde los primeros meses de la vida del niño. También es frecuente en casos de separación de los padres y en los de adopción de niños.

La consejería puede hacerse desde cualquier ángulo doctrinal, pero es importante que los padres reciban información clara y fácil de aplicar, además de reforzar en ellos su confianza como padres y nunca colocándolos en el banquillo de los acusados, ya que con esta última actitud solamente se consigue crearles sentimientos de culpa y/o de rechazo a la terapia.

Se debe evitar dar mucha información en una sola sesión porque puede crear ansiedad y confusión en los padres. Algunos padres ansiosos o deprimidos, o los que están más preocupados por otro tipo de situaciones como los propios conflictos entre ellos(los adultos), reciben de manera muy superficial las orientaciones, por lo que habrá que darles oportunidad de hacer un poco de catarsis (Gr. katharsis=limpieza, purgamiento) de sus problemas y preocupaciones personales, para posteriormente, iniciar por etapas la labor de consejería.

Cuando se trata de padres con capacidad de comprensión limitada, como sucede con personas de muy baja condición cultural o baja inteligencia, la consejería se dificulta enormemente, y en ciertos casos será necesario apoyarse en algún familiar más capaz, o en alguna persona de la vecindad, o un maestro que pueda ayudar y supervisar a estos padres en su labor de crianza.

También es importante al momento de la consejería, no utilizar términos técnicos o médicos que no puedan ser comprendidos por los padres y asegurarse de que han entendido bien todo lo que se les ha dicho. Se les debe dar un tiempo prudencial para poner en práctica lo aprendido y en la siguiente cita, revisar los resultados de esta práctica. No se debe pasar a dar información o tareas nuevas si no se han logrado de modo más o menos satisfactorio, entender y aplicar lo previo.

En muchos casos, se debe citar a los padres sin el niño para esta labor de consejería. En otros, puede ser de utilidad que el niño esté presente y escuche lo que se dice a sus padres como cuando se quiere llegar a acuerdos entre todos sobre un tema determinado.

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

La psicoterapia de grupo es una modalidad que permite observar la conducta de los niños y los adolescentes desde una perspectiva relacional. Al estar en grupo, los pacientes pueden mostrar conductas y actitudes que no se revelan muchas veces en la terapia individual, aclarándose así el diagnóstico de su patología. A esta finalidad diagnóstica, se añade la posibilidad de aplicar tratamientos para modificar estas conductas y actitudes durante las sesiones de grupo. Las terapias de grupo pueden hacerse también con diferentes orientaciones doctrinales: conductual, cognitiva, gestáltica, psicoanalítica, transaccional, sistémica o aplicando la técnica del psicodrama.

Los grupos y los métodos varían según se trate de niños pequeños, niños en edad escolar, púberes o adolescentes mayores. Con los primeros se acostumbra a realizar sesiones de grupo centradas en el juego por períodos no mayores de 30 a 45 minutos dos o tres días a la semana, mientras que con los escolares, sin dejar de lado alguna actividad de juego, también se utiliza el arte, la actuación y el intercambio verbal. Con los púberes y adolescentes la actuación o psicodrama, y la discusión verbal son más apropiados. En estos últimos grupos las sesiones pueden realizarse una vez a la semana y por períodos que van de 45 a 60 minutos.

Las terapias de grupo son apropiadas para niños y jóvenes que tienen alguna situación problemática común como:

- Trastornos de la relación social: ya sea por inhibición o por desinhibición de impulsos (tímidos, dificultad para hacer amistades, agresivos, etc.).
- Hijos de padres divorciados.
- Niños o adolescentes maltratados o abusados.
- Pacientes con enfermedades crónicas como: diabetes, asma, epilepsia, cáncer, etc.
- Niños o jóvenes con trastornos de la conducta en la escuela como los hiperactivos o jóvenes infractores de la ley.
- Jóvenes con adicción a drogas.
- Niños o jóvenes que padecen síndrome de estrés postraumático por situaciones catastróficas.
- Hijos de padres recientemente fallecidos (proceso de duelo).
- Pacientes psicóticos con capacidad de cierto control de sus impulsos y de mantener intercambios verbales.
- Pacientes hospitalizados.

Existen algunas contraindicaciones para incluir pacientes en terapia de grupo como los que presentan agitación psicótica, explosiones agresivas frecuentes, retardados mentales moderados y graves, pacientes con incapacidad para verbalizar, especialmente en los grupos de niños mayores y adolescentes, como los sordomudos, los autistas, los que presentan estados desintegrativos o demenciales. Cuando un paciente adolescente rechaza totalmente este tipo de modalidad terapéutica no se debe insistir en que participe sin una preparación previa que le haga cambiar de actitud.

Antes de incluir a los niños o los jóvenes en la terapia de grupo se les debe explicar, igual que a sus padres, los objetivos de la misma, disminuir sus posibles ansiedades por enfrentar una situación nueva de tipo social, la duración de las sesiones, lo que se espera de él durante ese proceso y asegurarle que se tratará de una terapia dentro de un clima de libertad, flexibilidad y empatía en la que no se le obligará a hacer nada que no quiera. Es importante que paralelamente a las sesiones con los pacientes, se trabaje con los padres también en grupo para que se sientan incluidos en el proceso de terapia y modifiquen por su parte actitudes que pueden estar contribuyendo a mantener la mala conducta o la patología del menor.

Aunque los grupos no tienen que ser necesariamente por pacientes con los mismos diagnósticos, no deben conformarse con individuos que presentan situaciones muy

diferentes. Existen pues, unas normas básicas que tomar en consideración para conformar los grupos y la modalidad terapéutica que se debe seguir con él como:

- Las edades de los pacientes.
- El nivel de capacidad cognitiva y verbal de los componentes del grupo.
- Que sus diagnósticos o sus problemas tengan aspectos en común que permitan perseguir objetivos también iguales.
- La capacidad de controlar los impulsos en forma suficiente como para no representar un peligro para el grupo.
- Que el terapeuta, o los terapeutas (ya que muchas veces hay un co-terapeuta), definan la metodología a utilizar y tengan la preparación adecuada para aplicarla.

Cada terapeuta establece la duración total que se dará a las terapias de grupo, las cuales pueden ser breves (de pocas semanas) o de larga duración(varios meses). En cierta manera, la evolución del grupo y los logros adquiridos por sus componentes en relación a los objetivos marcan la pauta de la duración de las terapias. No es raro que algunos pacientes abandonen la terapia, ya sea por voluntad propia como los adolescentes, o por dificultades para asistir a la clínica, y en esos casos, el terapeuta debe decidir si conviene aceptar pacientes nuevos en reemplazo del ausente. En general, los grupos terapéuticos no deben ser de menos de cuatro y no más de diez pacientes.

Capítulo 12

TERAPIAS DE FAMILIA

Es indiscutible que, dentro del proceso de recuperación, la familia del paciente juega un papel muy importante y surge la necesidad de considerar su participación con el fin de apoyar los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos dirigidos exclusivamente al enfermo.

El propósito de incluir a grupo familiar en el abordaje terapéutico parte de la necesidad de conservar por más tiempo los períodos intercríticos y de que todos los miembros del sistema aprendan a manejar la enfermedad, ya que es en ese medio, el familiar, donde deberá reintegrarse y funcionar el paciente.

Con esta visión, nace un nuevo concepto, el de *terapia familiar* a mediados del siglo XX, poco después de la segunda guerra mundial, en un momento histórico en que el psicoanálisis, técnica centrada en el individuo, tenía su mayor vigencia. El modelo psicoanalítico de intervención psicoterapéutica proponía que la familia lejos de ser un ente de apoyo era el generador de conflictos por lo que debía permanecer al margen de las terapias. Por su parte, los precursores de la terapia familiar consideraban que los problemas psicológicos se desarrollaban y se mantenían en un contexto familiar lo que redistribuía la responsabilidad de la patología, antes enfocada en el individuo, a todo el grupo familiar, dándole valor no sólo a los procesos internos sino también a las relaciones interpersonales y a los patrones aprendidos y sostenidos en el sistema.

A pesar de que la terapia familiar se conforma como técnica en la década del 50, el desarrollo de la misma se inició mucho antes.

La terapia familiar puede desarrollarse utilizando diversos modelos de intervención, sin embargo, los más utilizados tienen como base la teoría general de los sistemas. La palabra *sistema* proviene del griego y significa "orden" especialmente, "orden del mundo o del cosmos" y se refiere a un conjunto de elementos, que en sentido neutral pueden ser cosas, procesos o entidades, que se relacionan entre sí funcionalmente, de modo que cada uno es función de algún otro no existiendo ningún elemento aislado.

En 1950, Ludwig Von Bertalanffy propuso la Teoría General de los Sistemas. La misma propone que los elementos que forman un sistema están organizados para cumplir una función manteniendo un equilibrio. De esta forma, la familia constituye un sistema pues posee elementos, que son sus miembros, que se relacionan entre sí de forma activa. Al afectarse uno se afecta en algún grado el resto y a pesar de que sufre cambios siempre tiende a la estabilidad. Además, se compone de subsistemas y está en relación a un entorno y a otros sistemas.

Los subsistemas familiares pueden formarse por generación, de esta forma tenemos el parental, fraternal, filial. Por sexo, así pues, madre-hija, padre hijo, o por función como el conyugal entre otros. Toda estructura organizada debe, además, contar con límites que la definen, la identifiquen y la protejan y en función de esto se asignan también los roles de sus miembros, a los subsistemas y al propio sistema.

Otro de los aspectos importantes que definen esta terapia es que se le da espacio al "proceso" más allá del contenido de la sesión. Esto significa que además de escuchar lo que traían los pacientes a la terapia, se daba relevancia a cómo eran expresadas las ideas, como eran percibidas por el resto de los participantes y el efecto que producían en los mismos. Las palabras tomaban otro significado. El rol del terapeuta también cambió, de pasivo a activo y en algunos modelos hasta ser promotor de cambios

Mientras autores tradicionales daban prioridad a las relaciones madre-hijo, otros como Theodore Lidz se enfocaban en el rol del padre como imprescindible en el desarrollo de un individuo sano. Por su parte, Carl Whitaker antes de consolidada las bases para el desarrollo de la terapia familiar escribía sobre el tema que la familia sana era la que podía seguir adelante a pesar de los problemas.

En este capítulo haremos referencia a algunos de los modelos de atención utilizados en esta forma de terapia y señalaremos algunas generalidades sobre las familias y su funcionamiento.

Tipos de Familia

Las familias pueden ser clasificadas desde diferentes puntos de vista. En este apartado señalaremos tres de las formas generales de hacerlo.

1. Funcionalidad.
2. Clasificación de Beavers
3. Miembros que la conforman

1. Funcionalidad:

La familia, a diferencia de otros sistemas, funciona como unidad emocional y social, lo que implica que debe afrontar crisis y pérdidas que van a funcionar diferente cada una de ellas pues ninguna familia es igual a otra, y ningún individuo reacciona igual a otro por lo que en el manejo de cada familia el terapeuta se enfrenta a una situación nueva cada vez, con variable y condiciones diferentes.

Para poder mantener esa unidad en equilibrio debe cumplir una serie de funciones que pueden ser ejecutadas en forma adecuada o no por lo que se han clasificado a las familias en funcionales o disfuncionales según su funcionamiento y capacidad de respuesta ante ciertas necesidades y situaciones. Estas funciones incluyen proveer necesidades básicas, suplir afectivamente, mantener la comunicación en forma efectiva, distribuir roles que permitan establecer control y flexibilidad y clara autoridad con capacidad de solución a los problemas donde se permita el crecimiento individual y la adaptación a la sociedad.

Diferencias entre Familia Funcional y Disfuncional

Tabla 3

Necesidades Básicas	Resueltas, organización sana.	No resueltas. Tendencia a enfermar
Necesidades Afectivas	Libre y adecuada expresión de afectos	Tendencia a descalificar y devaluar con una expresión de afectos pobre o alterada.
Comunicación	Clara y directa. Se admiten opiniones.	Indirecta y oscura. Dobles mensajes.
Roles	Flexibilidad. Disciplina. Jerarquías y límites definidas.	Lucha por el poder. Límites difusos. Sin jerarquías claras. Organización caótica
Solución de Problemas	Son identificados. Resuelven bien y adecuadamente	Dificultad en reconocer y solucionarlos. Aumentan. Invierten mucha energía.

2. Clasificación de Beavers

La clasificación de Beaver de funcionamiento familiar integra el modelo de teoría sistémica con la teoría evolutiva separándolas en nueve grupos diferentes que puedan predecir el grado de patología que presentará.

A. Familia Optima: Es la familia que sirve como base para entender el funcionamiento adaptativo. Esta se maneja en forma competente con flexibilidad, respeto a sus miembros, a sus decisiones, a su espacio y con afecto, límites y jerarquías bien definidas.

B. Familia Adecuada: Es, al igual que la anterior, una familia que funciona bien ya que hay preocupación por sus miembros y flexibilidad, sin embargo se diferencia en que tienen menos habilidades para manejar los conflictos, hay menos control, en

ocasiones se atenta contra la intimidad y el respeto lo que genera sentimientos de incomprensión y soledad.

C. Familia Centrípetas: Hay reglas y autoridad pero se dan en un marco de frustración y condicionalidad en la solución de conflictos; hay presencia de muchas emociones no resueltas y una expresión limitada de las mismas.

D. Familia Centrífuga: Son muy autoritarias, se utiliza la manipulación y la intimidación para conseguir los objetivos por lo que es hostil, se generan muchos conflictos y sentimientos de culpa.

E. Familia Mixta: Fluctúan del polo centrípeto al centrífugo lo que provoca mucha inconsistencia manteniendo tensión que los lleva a alejarse del hogar pero manteniendo la imagen externa de funcionalidad.

F. Familia Limítrofe-Centrípeta: Hay lucha por el control en forma encubierta, con triangulaciones, en el que el niño es el paciente identificado producto de una mezcla de parental controladora pasiva. En estas los conflictos se mantienen más a nivel del plano verbal.

G. Familia Limítrofe-Centrífuga. Es muy conflictiva, con límites confusos, con muchas confrontaciones y amenazas. Frecuentes explosiones de ira con activación física. Hay poco apoyo a sus miembros lo que genera sentimientos de frustración y necesidades afectivas no resueltas.

H. Familia Severamente Perturbada: Lo logran resolver conflictos, no logran tomar decisiones, los límites son pobres, la comunicación difícil. Sus miembros no comparten intereses comunes ni son espontáneos. Es, por lo tanto, una familia desunida y caótica con grandes sentimientos de desesperanza y tendencia a enfermar a quienes la conforman. Si es además centrípeta hay alteraciones en los patrones que permiten el adecuado crecimiento emocional y el desarrollo como individuos lo que produce bloqueos emocionales alteraciones en los patrones de relación interpersonal.

I. Familia perturbada de tipo Centrífuga: Hay patrones cerrados de interacción que llevan a la hostilidad, la insensibilidad y sentimientos de malestar constante que llevan al abandono del núcleo familiar.

Robert Beavers desarrolla un cuadro que ayuda a entender mejor el tipo de patología que pudiera generar cada uno de estos tipos de familia.

Tabla 4
Patologías relacionadas con los tipos de familia (Beavers)

	Centrípeta	Mixta	Centrífuga	
Optima				Familia saludable
Adecuada				Familia saludable

Media	Hijos neuróticos		Problemas de conducta.	
Limítrofe	Hijos obsesivos		Hijos limítrofes	
Seriamente Perturbada	Hijos esquizofrénicos		Hijos disociales	
		Tendencias depresivas.		

3. Clasificación según los miembros que la conforman y su estructura:

A. Familia nuclear completa. En la que están los padres y los hijos.
B. Familia extendida. Es la que contiene, además, a otros parientes.
C. Familias incompletas con estructuras especiales:

- Figura parental sola con hijo parental: Tiende a generar dificultades en la ejecución de roles, confusión de límites, sobrecarga del hijo y conflictos entre hermanos.
- Figura parental sola con parientes: Conflictos generacionales, falta de centralidad en la disciplina, desautorización de la figura parental, problemas de lealtades.
- Figura parental sola con pareja: Puede permanecer afuera o incluirse a la vez que se le bloquea el rol o bien derivarle toda la responsabilidad sin establecer claramente el rol lo que genera confusiones y a largo plazo conflictos en la relación interpersonal.
- Padres divorciados: Los problemas se dan en función de la falta de solución de conflictos de la antigua pareja y de la reasignación de roles claros, esto se traduce generalmente en la perpetuación de las peleas entre los padres, la alienación parental, la desautorización mutua frente a los hijos y por lo tanto la dificultad en la reorganización de los nuevos sistemas.
- Familias reconstruidas. El éxito dependerá de que las partes no se excluyan entre sí, que no se produzcan luchas de poderes ni divisiones y que se realicen esfuerzos recíprocos por mantener la disciplina, las jerarquías, la autoridad, definir los roles y lograr el equilibrio

Considerando que la familia es un sistema y que está formada por subsistemas con estos aún formando parte de una estructura nuclear completa, pueden no estar vinculadas o por el contrario estar muy amalgamadas. En este caso podemos hablar de subtipos más de familias:

1. Familias desvinculadas: En que no hay una verdadera interacción padres e hijos y estos funcionan en forma paralela, los primeros abandonando la atención de los últimos y éstos, a su vez, haciendo alianza para sobrevivir.
2. Familias trianguladas: Uno de los progenitores se involucra demasiado con el hijo dejando la otra figura parental al margen a lo que esta responde agrediendo a su cónyuge que a su vez aqueja estar solo en el cuidado del menor. Este último invierte toda su energía en evitar el conflicto entre sus padres y actúa tratando de proteger esa unión.
3. Familia amalgamada. Sus miembros están muy involucrados entre sí y no logran definir adecuadamente ni sus roles ni sus límites haciendo responsables

a los otros de las propias situaciones y participando en aquellas que no le corresponden.

4. Familia abierta es el tipo de familia en el que se estimula el intercambio sano entre sus miembros.
5. Familia Cerrada es en la que las reglas, la jerarquía, los roles están supeditados a las necesidades de uno de los miembros de la familia generalmente el que ejerce el control y no a lo que es bueno para el grupo como unidad.

Ciclos de Vida y Crisis Familiar

Uno de los aspectos más importantes a evaluar antes de iniciar el tratamiento familiar es conocer la etapa del ciclo de vida que atraviesa la familia y las posibles crisis que de éstas puedan generarse. De esta forma, las familias viven períodos de adaptación seguidos de otros de cambio que requieren el uso de recursos y habilidades individuales y de grupo para lograr el equilibrio necesario que determinará la superación de cada etapa. Es justamente en la transición de una a otra etapa en que aparecen las disfunciones. Estas son:

1. La pareja recién casada. Es un momento de cambio de roles donde cada miembro de la pareja deja de ser hijo y se integra en un nuevo sistema, con nuevas características y cambios en su entorno social y laboral.
2. Familia con hijos pequeños. Hay nuevamente un cambio de rol al de figura parental. El sistema se torna más complejo, cambian las reglas.
3. Familia con hijos adolescentes. Es un momento de conflictos en que se debe mantener la jerarquía toda vez que se fomente la autonomía del hijo lo que conlleva también la delegación de funciones y la modificación de normas.
4. Familia con hijos en proceso de desprendimiento. El sistema debe reorganizarse y obliga a romper las dependencias antes formadas lo que permite que se complete el desarrollo de los hijos y la maduración del sistema.
5. Reencuentro de la pareja. Cuando ocurre el proceso de nido vacío la pareja debe reencontrarse fortaleciendo su unidad y encontrando nuevas tareas y actividades que le permitan reajustarse entre sí y conforme a los cambios.
6. La vejez. Aparecen los cambios ya no sólo emocionales y sociales sino físicos, lo que genera una inversión de roles, los que antes cuidaban ahora requieren ser cuidados.

Además de los cambios ocurridos productos de las fases del ciclo vital, hay una serie de crisis que pueden darse en las familias al margen de las generadas por la adaptación o por la incapacidad para superar los períodos de desarrollo de sus miembros como lo son.

1. Crisis por situaciones inesperadas. Aquí se incluyen la muerte, las enfermedades, los problemas económicos, las catástrofes entre otros.
2. Crisis por dependencia. Cuando un miembro depende de alguien que lo cuide por edad, enfermedad o discapacidad física o mental.
3. Crisis estructurales. Son aquellas en las que se atenta contra la estructura del sistema. Aparecen cuando hay patrones desadaptativos en sus miembros o en el grupo como lo son la violencia intrafamiliar, las adicciones, los intentos suicidas, las fugas de casa y los abusos entre los más frecuentes.

De cómo se superen estas crisis y las diferentes etapas dependerá el éxito de las familias y la existencia o no de disfunción, por lo tanto la necesidad o no de intervención profesional.

Modelos de Intervención

La terapia familiar puede desarrollarse en base a varios modelos, en forma pura o interrelacionándolos entre sí. A lo largo de la historia del la terapia familiar se han diseñado múltiples formas de abordar los casos como lo son las variantes psicodinámicas, psicoanalíticas, de las relaciones objetales, experiencial, las conductuales, estratégica, estructural, contextual, constructiva, integrativa, y breves, intensivas de impacto múltiple, paradójicas o prescriptivas entre otras.

Muchos autores contribuyeron a dar forma a los diferentes modelos de intervención. En este capítulo sólo mencionaremos algunos de los modelos más utilizados en el abordaje de las familias. De esta forma tenemos:

A. Psicodinámico. Nathan Ackerman, psicoanalista, trabajando con niños propone que en las familias existen una serie de conflictos intrapsíquicos que las dividen y que se generan defensas que no permiten la libre expresión de sus necesidades e inicia la inclusión de la familia como parte del tratamiento de los niños afectados. Junto con Don Jackson organizan la primera revista sobre terapia familiar, "*Family Process",* que aún sigue siendo referencia de estudio para los terapeutas familiares.

Este modelo tiene como objetivos explorar los conflictos intrapsíquicos de sus miembros y llevarlos a un plano de relación interpersonal para desde esta posición tratarlos. En este modelo el rol del terapeuta juega un papel muy importante.

Una corriente relativamente nueva y creciente es la de la terapia basada en las Relaciones Objetales y propone que en la familia el funcionamiento depende de la transferencia que parte del primer contacto del individuo con su cuidador y por ende de su relación inicial de apego. Por lo tanto su intervención se basa en escuchar sin dirigir y crear un ambiente que facilite la introspección lo que a su vez le ayudará al individuo a generar cambios.

B. Estructural. Su origen parte de los trabajos realizados por Salvador Minuchin que también era de corte psicoanalista pero que agrega una perspectiva social a la estructura familiar. Establece que las familias se rigen por subsistemas y que tienen estructura jerárquica y debe enmarcarse en ciertos límites que protejan a sus miembros y al sistema completo. El objetivo es lograr que la familia alcance un equilibrio basado en el buen funcionamiento de la pareja conyugal liberando al niño de la identificación como problema en la aparición de conflictos. Las técnicas más utilizadas son el reencuadre del problema y la reestructuración del sistema. En este tipo de tratamiento el terapeuta se convierte en parte del sistema para desde adentro producir los cambios.

C. **Estratégico**. Se apoya en los estudios de Gregori Bateson del grupo de Palo Alto, donde figuran también Virginia Satir, Don Jackson y Jay Haley. Es conocida también como estratégica de Haley pues es este autor quien le asigna este nombre. Se basa en que en la familia existen patrones de relación disfuncionales que se repiten y sostienen de manera inter generacional. Su técnica más empleada es la redefinición de la situación. Es directiva y el terapeuta tiene su principal acción en el control pues es quien determina cómo se realizarán los cambios, se mantiene la atención siempre en el

problema, en este modelo la introspección no cuenta sino el cambio de conducta. Para este fin utiliza la metáfora y la paradoja.

Dentro del grupo de Palo Alto, Satir desarrollo lo que se conoce como modelo experiencial de atención. Consideraba que la familia sana era la que tenía capacidad de intercambiar afectos en forma recíproca y abierta. Es un modelo basado en la comunicación.

D. Contextual o Grupo de Milano. Formado a inicios de los 70 y con la influencia de los modelos antes descritos. Hacían uso de los principios de hipótesis, circularidad y neutralidad como medio para evaluar y atender a la familia. Utilizan como base de interacción la comunicación planteando que en toda conducta hay una forma de comunicación que puede o no ser verbal pero que es directamente proporcional y similares entre sí. Consideran que la evaluación inicia desde el primer contacto y a partir de este se desarrollaban hipótesis de trabajo. En este tipo de intervención el terapeuta es un facilitador y no parte del sistema pues se entiende que los cambios serán generados por las familias mismas. Incluye cinco etapas en el proceso de cada sesión:

1. La pre-sesión. Los terapeutas se reúnen para discutir las posibles hipótesis basadas en la historia y en el primer contacto. Si es una sesión de seguimiento entonces se comenta sobre la anterior.
2. La sesión. Hay un terapeuta y un co-terapeuta dentro de la sesión con la familia y un grupo de observadores que no participan directamente pero que pueden ser consultados en cualquier momento por los terapeutas directamente relacionados en la sesión.
3. Reunión durante la sesión. Los terapeutas en conjunto discuten sobre la sesión y la forma de darle cierre en ausencia de la familia.
4. Regreso a la sesión. Los terapeutas que trabajan con la familia se encuentran nuevamente con esta y dan una prescripción
5. Salida de la familia. Se encuentran nuevamente todos los terapeutas para discutir la sesión y las últimas reacciones de la familia con respecto a las conclusiones y el trabajo asignado para realizar hasta la siguiente sesión. Se escribe un resumen de la intervención que sirve de marco para reiniciar el proceso la próxima vez.

Este forma de manejar la sesión es la que utilizamos en nuestro medio para el desarrollo de la terapia familiar, nos valemos de la cámara de Gessell y si es necesario y la familia lo aprueba de grabación de las sesiones que permitan activar las etapas primera y quinta mencionadas para hacer más efectivas las intervenciones posteriores.

E. Funcional. Estimulado por Gerald Patterson y cuya meta es controlar la conducta del paciente identificado. Patterson trabajó con niños con severos trastornos de conducta y consideraba que esta era aprendida y reforzada por el sistema. Utilizaba como estrategias de intervención el tiempo fuera y los contratos. Si bien se basa en un modelo conductual para el concepto de terapia de familia este tiene como dificultad el que no se considera a la familia como sistema en interrelación si no que se adjudica toda la carga de la patología al niño a quien se le aplican los límites, se le excluye de participar en el cambio y de atender sus necesidades.

F. Constructivista. A finales del siglo XX aparece un nuevo grupo formado por miembros separados de la escuela de Milano y otros como Von Foerster, Maturana y Keeney. Estos proponen que no es el sistema el generador de los problemas sino el que construye una serie de "narraciones" que impiden que se puedan solucionar. Consideran que los síntomas tienen sentido en función de lo narrado y que si esto se modifica así mismo se modificarán los síntomas. De este modo intenta que el sistema y cada uno de sus miembros también la narrativa con respecto al mismo e introduzcan nuevas que lleven a nuevas realidades.

Fases de la Terapia Familiar

Si bien hay muchas formas de encarar el tratamiento, basado en los modelos, las características de las familias y la personalidad del propio terapeuta, en este apartado señalaremos en una forma global cómo se encaran las fases del tratamiento en la mayoría de los casos y atendiendo a la estructura sistémica.

A. Fase de "Primera Entrevista".
B. Fase de Tratamiento.
C. Finalización del tratamiento.

A. Primera entrevista.

1. Etapa social

Aunque hay muchas formas de dar inicio a esta fase, consideramos que hay un patrón básico a seguir que inicia con la etapa social. En esta, el terapeuta toma un lugar que se respetará y la familia se sentará como lo desee, lo que generalmente va dando algunas ideas de la dinámica de la misma y de la interrelación de sus miembros. Es importante establecer contacto con todos los miembros del sistema y es importante que el mismo empiece a partir de los padres y el último sea el miembro identificado como paciente. En este primer encuentro captamos también quién habla y quien no, el ánimo de sus miembros, las respuestas verbales y no verbales a los comentarios de los otros miembros, cómo se relacionan los adultos entre sí, con los niños, los menores entre ellos y todos con el terapeuta. Las observaciones son importantes y ayudan a confirmar la información ofrecida por el grupo.

2. Exploración del problema:

Concluida la etapa social, sigue la de exploración del problema. Es importante utilizar las jerarquías, así como a los que parecen menos identificados con el problema ya que los más angustiados generalmente son los más involucrados con el problema. Al escuchar sobre la situación que trae a la familia a terapia, se debe enfocar el curso en el problema principal, traer otros sólo confundiría al grupo y dejaría sin resolver situaciones. En este punto es importante ponerle atención al que minimice el problema. Se debe promover la participación ordenada de todos, pero no los diálogos entre ellos y cuando no están prestando atención hay que señalarlo, así como evitar interrupciones. El terapeuta debe estar observando todos los movimientos que se generen a partir de los comentarios.

3. Interacción de los miembros:

Posteriormente, en lo que corresponde a la ampliación del problema el terapeuta debe permitirles a los miembros interactuar entre ellos alejándose de su posición central. Para ello, los miembros que hablen deben mirarse y dirigirse a ellos y no al terapeuta. El terapeuta debe reencuadrar el problema y sugerir alternativas de solución que partan de las necesidades de la familia y lo que van expresando. Si la familia se resiste a reconocer el problema no debe forzarse sino dejarlo de tarea para su exploración y revisión posterior. Es importante agregar que si el problema que se presenta no es de la familia no deberá hacerse el contrato que constituye la última etapa de esta fase.

4. Elaboración del contrato:

El contrato terapéutico establece el plan a seguir e incluye el número de citas, la frecuencia, quienes deben asistir y dónde. Además se pueden asignar tareas que deberán ser claras, específicas y relacionadas con el problema.

B. **Fase de tratamiento**.

Esta etapa que de alguna manera utiliza las bases de la primera entrevista en lo que respecta a enfocar el problema, permitir la interacción de los miembros y mantener la observación constante, presenta a su vez otras técnicas de manejo que incluyen:

- La entrevista circular en que cada respuesta obtenida es el marco para una nueva pregunta.
- La reflexión basada en el cuestionamiento por parte del terapeuta a fin de que cada miembro pueda reevaluarse a sí mismo y en función de la relación con los otros sobre sus conductas, emociones y reacciones en la dinámica familiar.
- El planteamiento del futuro es muy importante y para ello se utilizan las posibles situaciones que puedan generarse de mantener el problema o si se resolviese, basados en la realidad que presenta la familia en las intervenciones.
- Reevaluación y revisión constantes del proceso y sus avances.
- Devolución y validación de la participación y los logros alcanzados.

C. **Finalización del tratamiento.**

Aunque no es una fase en el tratamiento familiar por sí misma, es importante mencionar que un aspecto importante en la terapia es su finalización. Esta puede darse por varias razones entre las que cuentan la mejoría de la familia, o por el contrario, que la misma oponga resistencia y sabotee las sesiones.

Son criterios de mejoría de la familia:

- Que haya aprendido los recursos para resolver sus conflictos sin ayuda.
- Que mejore las disfunciones familiares
- Que los miembros de la familia hayan aprendido a disfrutar entre sí.

- Que hablen sus conflictos y no los de los otros con la seguridad de que serán escuchados, respetados y atendidos.
- Que se promueva la diferenciación e individuación de cada miembro.

Principios de la intervención terapéutica:

En un aporte del grupo de Milano, se estima que existen tres principios básicos de la intervención en terapia de familia que deben ser considerados al momento de tratar al paciente que son hipótesis, circularidad y neutralidad. En este enfoque los hemos modificado para hacerlos generales pues consideramos que son importantes para cualquier estrategia terapéutica.

1. **Hipotetizar**. Cada vez que una familia se sienta frente al terapeuta trae una historia y una serie de elementos que le permiten al facultativo establecer un punto a partir del cual él iniciará su investigación, teniendo en cuenta que ésta puede ser falsa, en cuyo caso habrá que plantearse otra. Lo importante es que constituye nuestra base de abordaje terapéutico por lo que debemos tener un especial cuidado en recoger información veraz y útil y saber cómo obtenerla pues desde la primera entrevista este principio empieza a regir.

2. **Circularidad**. La capacidad que tiene el terapeuta de obtener la información en función de lo que la familia ofrece en términos de relación, utilizando como recurso el mecanismo de retroalimentación. Se considera que cada miembro dará una información diferente al otro pues se basa en la experiencia pero también en la propia percepción de cómo funcionan las relaciones interpersonales en la familia. Debemos tener presente que esas diferencias constituyen, a su vez, la base de esas relaciones. Una forma de poner en práctica este principio es utilizando las respuestas de los participantes para generar nuevas interrogantes que permitan a la familia entender las percepciones y necesidades de cada uno.

3. **Neutralidad**. Es la capacidad que tiene el terapeuta de mantenerse con igual disposición para todos los miembros de la familia teniendo en cuenta que su comportamiento en general durante la sesión ejercerá una gran influencia sobre toda la familia, por lo que debe tener especial cuidado en las conversaciones que puedan darse una vez terminadas las sesiones y los comentarios individuales es preferible omitirlos.

Es interesante cómo trabajando sobre estos principios empiezan a generarse los cambios en la familia. Cuando la familia informa sobre sus aspectos relacionales y los de sus miembros estos empiezan a escucharse y a entender de dónde parten algunas de las reacciones y cuáles son las necesidades de los mismos y empiezan a internalizar una nueva forma de manejo de las situaciones y a iniciar un nuevo tipo de interacción más sano.

Estrategias de Intervención en Terapia Familiar

A. Alianza Terapéutica. Como parte del proceso terapéutico, la alianza que va seguida del *rapport* que se establezca con la familia es muy importante. Se inicia con el contacto con cada miembro, con el poder empatizar con ellos y que perciban que

sus necesidades son atendidas y que se entiende sus conductas y que se está dispuesto a ayudar para generar el cambio y lograr mejores condiciones de interrelación en el grupo.

B. Escucha Activa. Es la capacidad que tiene el terapeuta de escuchar no sólo lo que se expresa verbalmente sino también el lenguaje no verbal, escuchar las emociones y validarlas. De esta forma ayuda también a que lo que está implícito y supuestamente entendido sea exteriorizado y aclarado.

C. Preguntas asertivas. Hacer preguntas en forma directa o indirecta, que tengan relación con el problema y que tengan utilidad para el proceso terapéutico.

D. Control de la sesión. El terapeuta debe tener siempre el control de la sesión y la capacidad para mantener el foco. Es importante que conozca bien las reglas que rigen el sistema de forma tal que pueda transformarlo y pueda funcionar mejor. El terapeuta debe estar claro en la motivación y objetivo de cada intervención que realice.

E. Reencuadre. Lograr que los aspectos negativos del sistema puedan verse desde una perspectiva positiva a fin de que se produzca un marco diferente para encarar el problema.

F. Prescripción. Tareas que el terapeuta da a la familia sobre las que debe trabajar hasta la siguiente sesión.

G. Uso de Recursos alternos. Existen múltiples recurso que el terapeuta puede utilizar para hacer más efectivo y fácil el trabajo que incluyen los educativos, de comunicación, de redes de apoyo social o espiritual, el uso de habilidades alcanzadas por los miembros, entre otros.

H. Neutralidad. La capacidad de mantenerse al margen del problema y empático y en contacto con todos sus miembros por igual.

I. Flexibilidad. La capacidad del terapeuta de ceder, de cambiar una dirección, de permitir lo mismo en la familia y lograr que patrones rígidos se tornen en patrones más funcionales.

J. Formulación del contrato. El desarrollo de un contrato da un marco de referencia sano en el que la familia puede tener una idea de cómo se llevará su proceso terapéutico lo que, a su vez, ayuda al proceso dándole estructura y seguridad a sus miembros. El contrato debe clarificarse si existen dudas y debe replantearse si no es funcional o no pueden cumplirse las expectativas, siempre teniendo en cuenta que el terapeuta tiene el control pero que la familia lo acepta o no, lo que también conlleva el aceptar o no los planteamientos terapéuticos y nos dan una idea del pronóstico.

Indicaciones y Contraindicaciones de la Terapia Familiar

Con frecuencia se hace necesario recurrir a esta modalidad terapéutica ya que suelen ser los patrones de interrelación familiar los más relacionados con la patología

que presenta el paciente. Sin embargo, para considerar este tratamiento, al igual que se procedería con cualquier otro, deben estimarse algunas indicaciones y contraindicaciones.

La primera condición que debe darse para el buen funcionamiento del proceso terapéutico es la aceptación por parte de la familia de que tienen un problema, que desean resolverlo y que necesitan ayuda para ello. Una vez que se da este primer paso las indicaciones son:

1. Conflictos familiares: Se incluyen las separaciones por divorcio, enfermedad o muerte, problemas asociados a pérdidas de empleos o económicas, situaciones de violencia, adaptación por cambios de hogar, nuevos miembros o inmigrantes. Deben agregarse a este grupo las familias con patrones alterados de comunicación.

2. Trastornos de los hijos: Familias con hijos pequeños o adolescentes con problemas diversos de conducta, escolares o interpersonales.

3. Trastornos de los padres: problemas de personalidad, sociales y laborales o interpersonales.

4. Trastornos psiquiátricos: Cuando un miembro de la familia padece una enfermedad mental que genera en el resto una alta emoción expresada, una disminución en la capacidad de contener y apoyar adecuadamente al paciente y, a su vez, un aumento en las recaídas. Se suman a estos las enfermedades adictivas.

5. Enfermedades crónicas o incapacitantes.

Del mismo modo que es indispensable aceptar que existe la necesidad de una terapia de familia constituye una limitante el no reconocerlo cuando se amerite; esto unido a los siguientes puntos forma parte de las principales contraindicaciones para su ejecución:

1. La existencia de prejuicios contra la intervención psicoterapéutica: Esta es una de las resistencias con las que nos enfrentamos con frecuencia y que no permite la fluidez de la terapia pues la misma se torna un escenario de lucha de poderes, de intelectualización y de prueba constante de la técnica por parte de quienes tienen que hacer el verdadero trabajo psicológico, los pacientes. Esto incluye, además, a las familias que tienen una larga historia de intervenciones terapéuticas variadas con pocos resultados por falta de cooperación o por entorpecer deliberadamente el procedimiento. Otro caso frecuente es el de las familias que son obligadas a someterse a estos tratamientos por otras instituciones como lo son las legales, laborales o escolares.

2. Familias con secretos o conflictos irreversibles que atentan contra la estabilidad de la misma.
3. Familias con miembros cuyos trastornos de personalidad son severos del tipo paranoide o disocial.

Como es propio de cada procedimiento terapéutico este deberá practicarse por un personal entrenado para ello. El terapeuta en esta rama debe ser empático, flexible, creativo, con una gran capacidad para la observación y la escucha pues el atender a varios miembros simultáneamente demandará un mayor trabajo de su parte. A pesar de ello, deberá tener en cuenta, tanto éste como la familia, que el mayor trabajo psicológico y de cambio le corresponderá a la última y no así al primero.

Capitulo 13

LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

La utilización de medicamentos en psiquiatría de niños y adolescentes oscila entre dos posturas extremas: por un lado el uso irracional de los mismos, y por otro su negación absoluta, aunque ésta última viene más de grupos no médicos pero relacionados de alguna manera con el campo de la salud mental. Basta comparar la época actual con la que se vivía cincuenta o sesenta años atrás para darse cuenta de la valiosa ayuda que los psicofármacos han significado en el campo de la salud mental, y aunque también han producido daños, los beneficios los sobrepasan por mucho. Piénsese como evolucionaban los pacientes esquizofrénicos o los bipolares, o los depresivos o los que presentaban trastornos graves de los impulsos agresivos antes de la aparición de los psicofármacos. Si bien, los medicamentos que administramos hoy para las enfermedades mentales y los trastornos de la conducta no son curativos en la gran mayoría de los casos y sólo mejoran síntomas, permiten una mejor calidad de vida del paciente.

En el caso de los menores de edad, los psicofármacos deben administrarse en base a algunos criterios como:

1. Cuando se crea que será el medio más rápido y seguro de conseguir la curación o mejoría del paciente.

2. Siempre que el problema a tratar sea susceptible de responder a los fármacos disponibles y que estos se presenten además en la forma adecuada a las edades pediátricas (dosis y presentación).

3. Fijando objetivos precisos como la eliminación o reducción de síntomas específicos.

4. Calculando las dosis adecuadamente, iniciando con dosis bajas (excepto en casos de urgencia), que se pueden ir subiendo de acuerdo a la respuesta hasta llegar a la dosis terapéutica apropiada.

5. Contando con la anuencia del paciente (en caso de que ya tenga edad para entenderlo y pueda razonar normalmente) y la de sus familiares, después de haberles dado la información sobre lo que se espera conseguir con el medicamento y sobre sus efectos secundarios.

6. Manteniendo vigilancia sobre los efectos del fármaco en el organismo mediante exámenes periódicos (clínicos y de laboratorio).

7. Teniendo el cuidado necesario sobre las posibles interacciones con otros medicamentos que tome el paciente.

8. No utilizarlos de forma experimental (debe esperarse los resultados que se obtengan en centros de investigación adecuada y que hayan sido aprobados para su uso clínico).

9. Darlos por el tiempo necesario según indica la experiencia con el uso de los diferentes medicamentos para cada patología (no quedarse corto ni sobrepasarse).

10. Utilizar la cantidad de fármacos que se requieran en base a criterios científicos o racionales (de acuerdo a su mecanismo de acción diferente en la bioquímica cerebral de acuerdo a las investigaciones).

11. Recetar las cantidades que el paciente requiere para un tiempo prudencial para evitar que se acumulen medicamentos en el hogar, con el consiguiente peligro de intoxicaciones para los niños, y además solicitar a los padres en caso de pacientes pediátricos, que se encarguen ellos mismos, o algún adulto de confianza, de administrar el fármaco controlando las cantidades que van quedando.

En relación a la farmacodinamia en las edades pediátricas se debe tener en mente que existen diferencias con el adulto como:

- Metabolismo hepático más efectivo por mayor actividad de procesos de óxido-reducción y conjugación.
- Mayor tasa de filtración glomerular.
- Menor volumen de distribución por tejido adiposo.
- -Menor absorción de medicamentos por mayor acidez gástrica y más presencia de droga ionizada.
- Mayor concentración de proteínas en líquido cefalorraquídeo que limitan la cantidad de droga disponible.

En este capítulo describiremos los medicamentos más utilizados en la labor terapéutica en Paidopsiquiatría, siendo éstos:

A. Los estimulantes.
B. Los antidepresivos.
C. Los estabilizadores del humor.
D. Los antipsicóticos.
E. Los ansiolíticos, hipnóticos y sedativos.
F. Otros no clasificados en apartados anteriores.

A. Los estimulantes

Estos fármacos son los que se utilizan para mejorar la capacidad de atención, la hiperactividad y el control de impulsos. Incluimos entre ellos a:

- Las anfetaminas
- El metilfenidato.

Los dos primeros son agonistas dopaminérgicos que actúan impidiendo la recaptura de la dopamina y activando su liberación por la célula presináptica. Su forma más utilizada es el sulfato de dextro anfetamina (*d*-anfetamina), aunque también se ha usado la levo anfetamina (*l*-anfetamina). Esta última induce la liberación de norepinefrina además de la dopamina.

Las vías metabólicas principales son la deaminación oxidativa dando ácido benzoico y en menor cuantía, ácido hipúrico, no siendo ninguno de estos metabólicamente activos. Aproximadamente un tercio de se excreta sin cambios por la orina en condiciones normales de pH. La vida media de las anfetaminas varía entre 3 a 13 horas con un promedio de 6 a 8 horas.

Las anfetaminas no están disponibles en Panamá pero algunos pacientes las obtienen en los Estados Unidos de Norteamérica donde existen como Dexedrina en tabletas de 5 mg, en elixir de 5 mg/5 ml y en cápsulas de liberación prolongada de 5, 10 y 15 mg, además de otro producto conocido comercialmente como Adderall que consiste en una mezcla de sacarato de dextroamfetamina, aspartato de anfetamina, sulfato de dextroanfetamina y sulfato de amfetamina, en dosis de 5, 10, 20 y 30 mg. La vida media de las anfetaminas de de 6 a 8 horas. Su administración de las anfetaminas en el tratamiento de trastornos de conducta en los niños se remontan a 1937 por Bradley.

El metilfenidato ha sido el fármaco de uso más común para el tratamiento de la hiperactividad y el déficit de atención en nuestro medio y en muchos otros países donde la marca más conocida es la Ritalina que viene en dosis de 10 mg. En los EE.UU. existe como Ritalin de 5, 10 y 20 mg y Ritalina-SR (de liberación sostenida) en dosis de 20 mg, el Focalin o dexmetilfenidato, un isómero de la Ritalina, en tabletas de 2.5, 5 y 10 mg, y el Concerta que es un metilfenidato de acción prolongada en dosis de 18, 27, 36 y 54 mg. La vida media con el metilfenidato de corta acción de de 2 a 2.5 horas, mientras que las formas de acción sostenida es de 12 horas.

El metilfenidato se metaboliza casi en su totalidad y los productos de su metabolismo son el ácido ritalínico, y en menores cantidades el p-hidroximetilfenidato, ácido oxoritalínico y oxometilfenidato. El tratamiento con metilfenidato está reportado por primera vez por Lytton y Knobel en 1959.

Las contraindicaciones de los estimulantes son:

- Estados de agitación y marcada ansiedad.
- Hipersensibilidad al metilfenidato.
- Glaucoma.
- Tratamiento simultáneo con inhibidores de la monoamino-oxidasa.
- Depresión intensa.
- Estados psicóticos (transitorios).
- Embarazo.

Además de estas contraindicaciones, se deben administrar con precaución en casos de:

- Historia de convulsiones
- Hipertensión y otras patologías cardiovasculares.
- Tics y Síndrome de Gilles de la Tourette
- Trastornos visuales.
- Antecedentes de adicción a drogas o alcoholismo.
- Niños menores de 6 años.

En su interacción con otros medicamentos, pueden producir inhibición del metabolismo del fenobarbital, la primidona, la fenitoína, de los antidepresivos y de los anticoagulantes coumarínicos.

En cuanto a los efectos adversos que pueden dar los estimulantes los más comunes son:

- Anorexia.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de estómago.
- Nerviosismo.
- Hipersensibilidad emocional.
- Trastornos del sueño.
- Náuseas y vómitos.
- Depresión.
- Irritabilidad con o sin agresividad.
- Exacerbación o aparición de tics de novo.
- Enlentecimiento del crecimiento.
- Taquicardia y aumento de la presión arterial.
- Síntomas similares a la esquizofrenia sobre todo en pacientes con trastornos psicóticos latentes.

La mayoría de estos efectos secundarios adversos suelen ser leves y pasajeros, aunque en ocasiones persisten o son muy intensos lo que obliga a bajar la dosis o retirar el tratamiento con el fármaco. En relación al enlentecimiento del crecimiento corporal se ha observado que la mayoría de los pacientes que lo presentan durante el tratamiento con metilfenidato, suelen recuperar el ritmo de crecimiento una vez que se suspende la medicación. No obstante, en estos casos se debe valorar bien la necesidad de continuar con el tratamiento o suprimirlo.

Efectos adversos como anemia, leucopenia, elevación de las transaminasas o caída del cabello son menos frecuentes, y mucho más raro, la aparición de un síndrome neuroléptico maligno sobre todo en pacientes que toman concomitantemente otros medicamentos que pueden relacionarse con esta patología.

Previamente al inicio de la terapia con estimulantes y periódicamente durante la misma, se deben hacer controles de:

- Peso y talla corporal.
- Presión arterial y ritmo cardíaco.
- Hemograma.
- Perfil hepático.
- EEG si hay antecedente de convulsiones o se sospecha que pueden aparecer.

B. **Los antidepresivos**

Estos fármacos con propiedades antidepresivas, también han sido utilizados para tratar otras alteraciones mentales y del comportamiento como veremos en los capítulos correspondientes a cada una de ellas. Se incluyen en este grupo los siguientes:

- Tricíclicos y tetracíclicos:
  - Imipramina :
  - clorimipramina
  - amitriptilina
  - maprotilina (tetracíclico)
- Inhibidores de la monoamino-oxidasa.
- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina
- Inhibidores selectivos de recaptura de norepinefrina.

Los antidepresivos tricíclicos actúan bloqueando la recaptura por la neurona presináptica de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina, y en menor medida, de la dopamina. La clorimipramina tiene mayor acción sobre la recaptura de serotonina y la maprotilina sobre la norepinefrina. Además tienen otras acciones que veremos cuando se mencionen sus efectos secundarios adversos. Su uso data desde finales de los años cincuenta e inicios de los sesenta. En otros países se utilizan otros antidepresivos de este tipo como la desipramina (metabolito de la imipramina), la nortriptilina, la protriptilina y el doxepin que no trataremos aquí por no disponer de ellos en nuestro medio y por ser de uso no frecuente en niños.

Por vía oral se absorben rápidamente por el intestino y alcanzan su mayor nivel plasmático en 11/2 a 3 horas con una vida media que va de 10 a 17 horas, aunque en la maprotilina que alcanza su pico a las 6 horas la vida media se prolonga hasta 52 horas cuando se da oralmente. En los niños, a menos edad, más rápido el proceso de metabolización de estas drogas en el hígado, por lo que la vida media puede ser más corta. También existe menor cantidad de droga ligada a proteínas en los niños lo que supone mayor cantidad de droga circulante, factor a tener en consideración en relación a los efectos clínicos y adversos. Se excretan por la orina en un 70% en las primeras 72 horas en derivados desmetilados como la desmetil-imipramina o desipramina, hidroxilados y oxidados.

Contraindicaciones para el uso de los tricíclicos son:

- Estados psicóticos.
- Estados maníacos.
- Enfermedades cardíacas.
- Glaucoma.
- Estreñimiento pertinaz.
- Uso simultáneo con inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs).

Se deben utilizar con precaución en estados de ansiedad (los tricíclicos menos sedativos) y pacientes con antecedentes de convulsiones.

En relación a sus interacciones con otros fármacos, los psicoestimulantes aumentan los niveles séricos de antidepresivos, los administración conjunta con IMAOs puede

producir fiebre, convulsiones, coma y muerte. Los fenotiazínicos y sedativos pueden tener acción sinérgica con los antidepresivos de este grupo.

Los efectos colaterales más comunes con los antidepresivos de este tipo son debidos a sus otras acciones sobre los receptores como:

- Sedación y aumento de peso debido al bloqueo de receptores H1 de histamina, aunque algunos investigadores han reportado disminución de peso en niños después de varias semanas de tratamiento.
- Hipotensión ortostática y mareos por bloqueo de receptores alfa 1 adrenérgicos.
- Visión borrosa, boca seca, retención urinaria, estreñimiento y alteraciones de la memoria debido a sus acciones anticolinérgicas a los receptores colinérgicos muscarínicos.

Pueden darse otros efectos secundarios como alteraciones del ritmo y la repolarización cardiaca con aumento del segmento QT en el electrocardiograma, especialmente con dosis mayores de 3 a 5 mg/kg/peso al día. La maprotilina y la doxepina parecen tener menos cardiotoxicidad. Y menos frecuentemente, convulsiones y agranulocitosis.

El tratamiento con los antidepresivos tricíclicos no debe iniciarse hasta tanto no se hayan hecho exámenes de laboratorio como hemograma, perfil hepático y electrocardiograma. Dependiendo de la dosis que se utilice estos exámenes deberán repetirse periódicamente.

Los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs) impiden la destrucción de las monoaminas, dopamina, norepinefrina y serotonina, por aquella enzima (MAO). Hay tres tipos de IMAOs:

- Los irreversibles y no selectivos.
- Los reversibles inhibidores de la MAO-A
- Los inhibidores selectivos de la MAO-B.

La MAO forma A es aquella más ligada a las monoaminas norepinefrina y serotonina. La forma B convierte las protoxinas en toxinas que pueden lesionar las neuronas (Stahl). En el grupo de los IMAOs irreversibles y no selectivos están la fenelzina, la tranylcipropamina y la isocarboxazida, fármacos que obligan a eliminar de la dieta productos que contengan tiramina (quesos, chocolate), para evitar que se las aminas simpaticomiméticas alcancen niveles altos en sangre y produzcan crisis hipertensivas, razón por la cual ya no se utilizan en el tratamiento de la depresión y otros trastornos en los niños y adolescentes. Como inhibidor selectivo de la MAO-B está el deprenyl el cual tampoco encuentra aplicación en la terapéutica pediátrica.

El fármaco inhibidor de la MAO-A es el moclobemide (Aurorix) que no conlleva el peligro de las crisis hipertensivas por la ingesta de productos con tiramina. Este producto se presenta en cápsulas de 150 mg. Aunque su utilización tampoco es frecuente en nuestra especialidad, su reversibilidad en cuanto a la inhibición de la MAO permite tenerlo en cuenta para el tratamiento de la depresión, especialmente en adolescentes.

Los denominados inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina conforman un grupo de medicamentos de reciente aparición (a finales de los años ochenta los primeros), y hoy día, son preferidos por la mayoría de los psiquiatras a los antidepresivos tricíclicos. Describiremos en este apartado a:

- La fluoxetina.
- La sertralina.
- La paroxetina.
- La fluvoxamina.
- El citalopram.

Su modo principal de acción es el bloqueo selectivo de la bomba de recaptura de la serotonina a nivel de la porción terminal del axón, y de las terminaciones somatodendríticas de la célula presináptica. La acción sobre estas últimas estructuras es la que puede explicar las reacciones adversas iniciales de estos fármacos. Una vez que la serotonina alcanza mayor concentración a esos niveles, la célula disminuye la cantidad de auto receptores somatodendríticos 1ª, lo que a su vez permite que haya un flujo de la serotonina hacia la parte terminal del axón y su consiguiente liberación en el espacio sináptico. Una vez allí, el bloqueo de la bomba de recaptura permite que el neurotransmisor liberado se mantenga más tiempo en contacto con los receptores de la célula postsináptica (Stahl).

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina también se utilizan para tratar síndromes obsesivo-compulsivos, ataques de pánico y otras patologías además de las depresiones.

Interacciones

Pueden elevar la concentración plasmática de:

- anticonvulsivantes
- antipsicóticos
- benzodiacepinas
- litio
- imipramina y desipramina

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a los inhibidores a estos fármacos.
- Embarazo o lactancia.
- Insuficiencia hepática severa.
- Insuficiencia renal severa.
- Estados convulsivos.
- IMAO: (hipertermia, rigidez, mioclono, inestabilidad autonómica con fluctuación de signos vitales, cambios mentales que pueden ir desde agitación al delirio y coma).
- Uso de tioridazina: (problemas en la repolarización del músculo cardíaco con prolongación de QT (taquiarritmias y paros cardíacos).

Sus efectos adversos pueden ser:

a) Comunes:

- Náuseas.
- Nerviosismo.
- Vértigo
- Dificultad en la concentración
- Disminución del apetito
- Insomnio o somnolencia

b) Menos comunes:

- Hipercinecias
- Hemorragias nasales
- Manía
- Atenuación del crecimiento
- Conducta auto lesiva de novo o agravada
- Trastornos del sueño
- Confusión
- Suicidio

La fluoxetina se presenta en líquido conteniendo 20 mg/5 ml y en cápsulas de 10 y 20 mg. Y se da en dosis que va desde 5 a 60 mg dependiendo de la edad y la patología. En los trastornos obsesivo-compulsivos se dan las dosis más altas.

La sertralina (Altruline) alcanza niveles sanguíneos máximos en períodos de 4 a 8 horas y su vida media es de 24 a 26 horas. Se elimina como N-desmetil sertralina vía renal y fecal. Viene en tabletas de 50 mg.

La paroxetina (Paxil) tiene una vida media promedio de 24 horas y también se metaboliza por oxidación y metilación siendo sus metabolitos poco activos farmacológicamente. Se presenta en tabletas de 20 mg.

El citalopram (Zentius) tiene una vida media de aproximadamente 36 horas y se excreta en un 85% vía hepática y 15% vía renal. Sus metabolitos demetilcitalopram, y el óxido-N-citalopram son activos farmacológicamente pero menos que la droga madre. Se expende en tabletas de 20 mg.

La fluvoxamina (Luvox) tiene una vida media de unas 15 horas y sus niveles estables en sangre se alcanzan entre 10 y 14 días. Después de una dosis oral de 100 mg los niveles plasmáticos pico se logran en una hora y media a 8 horas. Sufre metabolización hepática produciéndose 9 metabolitos por demetilación oxidativa. El 94% de la dosis aparece en la orina después de 48 horas. En Panamá el Luvox viene en tabletas de 100 mg.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y otros medicamentos antidepresivos clásicos son metabolizados por sistemas enzimáticos llamados “citocromo P450”, más intensamente la fluvoxamina y la paroxetina y más moderadamente la fluoxetina, la sertralina y el citalopram. Esta acción puede traer interacciones que se deben tener en cuenta con otros fármacos que también son metabolizados por estos sistemas.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de noradenalina como la reboxetina (Edronax), tienen efecto terapéutico en la depresión, la fatiga, la apatía, el retardo

psicomotor, déficit de la atención y la dificultad para la concentración y otros trastornos caracterizados por enlentecimiento cognitivo, sin presentar los efectos secundarios que presentan otros medicamentos que inhiben la recaptura de noradrenalina pero uniéndose también a receptores alfa 1, histamina 1 y muscarínicos-colinérgicos como los tricíclicos. Su área de acción va del locus coeruleus a la corteza frontal.

La reboxetina tiene una vida media de alrededor de 13 horas y es metabolizada por el sistema citrocromo P3A4 una isoenzima del CP450, eliminándose en gran parte por la orina. Tiene alta afinidad por receptores adrenérgicos (alfa 1, alfa 2 y beta) y muscarínicos. Inhibe débilmente las isoenzimas CP3A4 y CP2D6 del CP450.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a la droga
- Embarazo y lactancia.
- Uso de IMAO
- Manía
- Convulsiones
- Insuficiencia renal severa

Precauciones:

- Casos de hipomanía
- Riesgo de suicidio
- Hipotensión

Efectos adversos:

- Sequedad de boca
- Estreñimiento
- Insomnio
- Sudoración
- Taquicardia
- Vértigo
- Retención urinaria
- Impotencia

El Edronax se presenta en comprimidos de 4 mg.

C. Los estabilizadores del humor

Estos medicamentos que se administran con la finalidad de lograr estabilidad en el estado afectivo o el humor de los pacientes, tienen también uso como antiepilépticos excepto el litio. En psiquiatría se dan en casos de trastorno bipolar, hipomanía, trastornos graves de la conducta con agresividad, y en algunos casos de esquizofrenia asociados a los antipsicóticos.

En este grupo tenemos los siguientes:

- Litio

- ❖ Ácido valproico
- ❖ Carbamazepina
- ❖ Lamotrigina
- ❖ Gabapentina
- ❖ Topiramato

El litio parece actuar sobre la proteína G impidiendo la transducción de señales dentro de la célula cuando el neurotransmisor ocupa el receptor, o alterando las enzimas que interactúan con el sistema del segundo mensajero.

Interacciones: Su asociación con neurolépticos puede producir en algunos casos raros síndrome neuroléptico maligno o trastornos en el sistema nervioso central.

Contraindicaciones:

- Insuficiencia renal
- Trastornos tiroideos
- Convulsiones

Efectos adversos:

- Trastornos gastrointestinales
- Temblores
- Sedación
- Pérdida de cabello
- Ganancia de peso
- Polidipsia y poliuria
- Acné
- Disminución de la capacidad cognitiva
- Incoordinación
- Alteraciones del funcionamiento tiroideo(hipotiroidismo)
- Alteraciones del funcionamiento renal.

La intoxicación con litio se manifiesta con diarreas y vómitos, incoordinación motora, sedación, debilidad muscular, alteraciones del ritmo cardíaco y del sistema nervioso central. La intoxicación puede darse cuando los niveles séricos se incrementan por encima de 1 a 1.2 mEq/litro aunque algunos pacientes pueden tener mayor sensibilidad y mostrar los signos de intoxicación con niveles menores. En todo caso, los niveles de litemia deben mantenerse entre 0.5 y 1.2 mEq/lt. Factores como la dieta y la deshidratación pueden hacer varias los niveles hemáticos del litio.

Antes de iniciar un tratamiento con litio se debe conocer el estado del funcionamiento tiroideo, renal, cardíaco y hepático. Una vez iniciado el tratamiento, es necesario hacer controles de litemia una a dos veces por semana durante la fase aguda y posteriormente cada dos semanas, un mes y dos meses progresivamente hasta llegar a una situación estable que permita una litemia cada tres meses.

Se presenta en cápsulas de carbonato de litio de 300 mg y jarabe de citrato de litio(no en nuestro país) con una equivalencia de 300 mg por cada 5 ml, o de 8 mEq/5

ml. Se elimina en un 75% por la orina entre 6 y 12 horas. Su vida media en niños es de 10 a 12 horas.

El ácido valproico o valproato sódico (Depakene, Depakota, Epival) se cree que actúa inhibiendo los canales de sodio y calcio, así como probablemente aumentando la acción inhibitoria del GABA.

Sus efectos secundarios más comunes son:

- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito o ganancia de peso
- Pérdida de cabello
- Sedación
- Trastornos hepáticos
- Ovarios poliquísticos
- Trastornos menstruales
- Trastornos del tubo neural en el feto

Contraindicaciones:

- Disfunción hepática
- Embarazo
- Hipersensibilidad a la droga

Durante su administración es obligado hacer exámenes de funcionamiento hepático periódicamente así como de sus niveles hemáticos que normalmente deben estar entre 50 y 120 mEq/litro.

El ácido valproico viene como jarabe de valproato sódico (Depakene) con concentración de 250 mg/5 ml y como tabletas de 250 y 500 mg (Epival). Una forma de presentación que evita los trastornos gastrointestinales del ácido valproico es la conocida como Depakota.

La carbamazepina (Tegretol) actúa de manera similar al ácido valproico y también puede ocasionar trastornos gastrointestinales, sedación y trastornos hepáticos. Su efecto secundario más grave es, aunque no frecuente, la supresión de la médula o sea(agranulocitosis o anemia aplástica). Los niveles terapéuticos de este fármaco se mantienen entre 5 y 12 mEq/lt. Es necesario controlar los niveles hemáticos semanalmente durante un período de tres meses y al menos cada tres o cuatro meses en la fase de mantenimiento. El Tegretol viene en jarabe con 100 mg por 5 ml y en tabletas de 200 mg.

La gabapentina y el topiramato (Topamax) incrementan los niveles de GABA y disminuyen los de glutamato al actuar sobre los canales de sodio y calcio. La gabapentina (Neurontin) se presenta en solución oral con 250 mg/5 ml y en cápsulas de 100mg, 300mg, 400mg, y tabletas recubiertas con 600 y 800 mg. Sus efectos adversos más comunes son somnolencia, fatiga, temblores, visión borrosa, ansiedad, erupción cutánea, frecuencia cardiaca irregular y movimientos oculares inusuales.

La lamotrigina (Limitar) se cree que inhibe los canales de sodio y la liberación de glutamato. Su presentación es en comprimidos de 25, 50 y 100 mg, y en comprimidos dispersables/masticables de 5, 25, 50 y 100 mg. Sus efectos indeseables son parecidos a los de la gabapentina y raras veces un síndrome de Stevens-Johnson o necrosis epidérmica tóxica o síndrome de Lyell.

El topiramato (Topamax) se presenta en comprimidos de 25 y 100 mg, además del topamax sprinkle en cápsulas de 15 y 25 mg. siendo sus efectos secundarios adversos más frecuentes son dolor de cabeza, mareos, fatiga, somnolencia, pérdida de peso, náusea y anorexia, parestesias, lentitud psicomotora, trastornos del habla y diplopía.

D. **Los antipsicóticos (neurolépticos o tranquilizantes mayores)**

Este grupo de medicamentos se divide actualmente en los llamados antipsicóticos convencionales o típicos y los atípicos. Su utilizan como su nombre indica para tratar síntomas psicóticos, aunque también tienen aplicación en otros casos como en trastornos graves de la conducta, agitación psicomotora, Síndrome de Gilles de la Tourette, anorexia nerviosa y bulimia.

En relación a su estructura química interesan para nuestro propósito dos grupos de antipsicóticos convencionales: los neurolépticos tricíclicos y los derivados de las butirofenonas. Los primeros se subdividen en:

Derivados fenotiazínicos

1. Derivados fenotiazínicos con cadena lateral alifática (mayor acción sedante y vegetativa):

    - Clorpromazina (Largactil): comprimidos de 25 y 100 mg; ampolletas con 25 mg/5 ml para inyección intramuscular. Se absorbe rápidamente vía oral *(Tmax= 4 a 6 horas). Se metaboliza en hígado y riñón, eliminándose en mayor cantidad por la orina. Su vida media es de aproximadamente de 30 horas.
    - Levomepromazina (Sinogán): comprimidos de 25 y ampolletas con 25 mg/1 ml para inyección IM. (Tmax= 1 a 3 horas vía oral y de 30 a 90 minutos vía intramuscular). Se metaboliza en el hígado y se elimina por heces y orina. Su vida media es de 15 a 75 horas.

2. Derivados fenotiazínicos con cadena lateral piperidínica (efecto sedante intermedio):

    - Tioridazina (Meleril): grageas de 25 y 100 mg. Se absorbe rápidamente por vía intestinal (Tmax=2-4 hs). Se metaboliza en el hígado produciéndose dos metabolitos activos: mesoridiazina y sulfodiazina. Se elimina mayormente por heces y una tercera parte por la orina. Su vida media es de entre 10 a 20 horas.
    - Propericiazina o periciazina (Nemactil, Neuleptil): gotas al 4%. Cada 20 gotas o 1 ml contienen 40 mg de periciazina. Es un neuroléptico con efectos antihistamínicos similares a la de la clorpromazina pero con un mayor efecto antiserotonina y una poderosa acción sedante central.

3. Derivados fenotiazínicos con cadena lateral piperazínica (menos efecto sedante y vegetativo y mayor acción extrapiramidal y antipsicótica):

- Trifluoperazina (Stelazine): grageas de 1, 2, 5 y 10 mg. Su Tmax es de unas 3 horas. Se metaboliza en el hígado y se elimina por las heces. Su vida media es de unas 10 horas.
- Flufenazina (Anatensol): el decanoato de flufenazina se presenta para inyección im. en viales de 25 mg/ml en aceite de sésamo. Es un agente antipsicótico potente de acción prolongada. Su vida media es de 7 a 14 días, su efecto máximo se logra entre 48 y 96 horas de la inyección y su acción terapéutica se mantiene por espacio de 3 a 4 semanas. Su metabolito activo es el 7-hidroxiflufenazina.

Derivados de las butirofenonas

- Haloperidol (Haldol): tabletas de 5 y 2 mg, suspensión en gotas con 2 mg/ml, ampolletas con 1 mg/5 ml y en forma de decanoato de haloperidol en ampolletas de 50 mg/ml para inyección im mensual. Se absorbe rápidamente vía oral (Tmax=2-6 hs oral y 10-20 min. im). Se metaboliza en el hígado dando lugar al metabolito activo hidroxihaloperidol. Se elimina por heces y orina. Su vida media es de 10 a 40 horas.

*** Tmax: tiempo necesario para alcanzar la concentración máxima desde la ingesta del fármaco.**

Otro fármaco considerado como neuroléptico y no clasificado en los grupos anteriores es el sulpiride (Dogmatil: cápsulas de 50 y tabletas de 200 mg, suspensión de 25 mg/5 ml). Es un fármaco derivado del grupo de las benzamidas sustituidas. Actúa especialmente sobre receptores D2 (antidopaminérgico). Se elimina en un 92% por la orina en forma inalterada y su vida media es de 7 a 9 horas.

El mecanismo de acción de los neurolépticos es mediante el bloqueo de los receptores postsinápticos de dopamina o D2 en el área mesolímbica donde ejercen su efecto sobre los síntomas positivos de las psicosis, pero su acción no se limita a esta región del cerebro sino que es extensiva a otras vías dopaminérgicas lo que causa los síntomas secundarios adversos.

Los efectos secundarios de estos medicamentos neurolépticos típicos son los siguientes:

- Por acción sobre las vías dopaminérgicas nigroestriatales:

  - Parkinsonismo: consiste en enlentecimiento motor, amimia, rigidez, temblores, hipersalivación, o síndrome aquinético-abúlico.
  - Disquinesias tempranas o distonías musculares: generalmente dentro de las primeras semanas de tratamiento y consisten en espasmos musculares de la cara, de la faringe, del cuello, extensión espasmódica de la lengua, tortícolis, movimientos coreo-atetósicos de las extremidades.
  - Acatisia: o imposibilidad de mantenerse sentado debido a un estado de intranquilidad incómodo para el paciente.

- Disquinesias tardías: movimientos coreo-atetósicos irregulares de la musculatura de la cara, la boca y a veces de las extremidades. Se produce después de muchos meses de tratamiento o después de la interrupción brusca del mismo.

➢ Por acción sobre la vía dopaminérgica tubero-infundibular:

- Hiperprolactinemia (galactorrea y amenorrea).

➢ Por acción sobre receptores de dopamina mesocorticales:

- Trastornos cognitivos
- Bloqueo emocional y empeoramiento de signos negativos de las psicosis

➢ Por bloqueo de receptores muscarínicos colinérgicos:

- Visión borrosa
- Boca seca
- Estreñimiento
- Exceso de sedación

➢ Por acción sobre receptores H1:
- Ganancia de peso
- Sedación

➢ Por acción sobre receptores alfa-1-adrenérgicos:

➢ Mareos
➢ Hipotensión ortostática
➢ Sedación

(Stahl).

Otro efecto adverso al que recientemente se ha estado prestando atención con el uso de las fenotiazinas, especialmente con la tioridazina, son los trastornos de la repolarización del músculo cardíaco lo que se traduce por un alargamiento del segmento QT en el electrocardiograma. Igualmente, con el mismo fármaco, se han dado casos de retinitis pigmentaria que causa amaurosis.

Los llamados antipsicóticos atípicos o no convencionales son un grupo de fármacos que se diferencian de los anteriores en que mejoran no solamente los síntomas positivos de las psicosis sino también los negativos con mucho menor incidencia de efectos extrapiramidales y otros. Tienen incluso efecto positivo sobre el humor y sobre el funcionamiento cognitivo. Actúan igual que los convencionales como antagonistas de los receptores D2 pero también como antagonistas de los receptores de serotonina 2A de las neuronas dopaminérgicas. Esta doble acción antagonista causa que en algunas de las vías dopaminérgicas como la mesocortical y la tubero-infundibular el bloqueo de los receptores de dopamina se revierta mediante una mayor liberación de dopamina, reduciendo la posibilidad de aparición de disquinesias y de hiperprolactinemia. Por esta

razón, estos medicamentos están sustituyendo a los neurolépticos típicos en el tratamiento de la esquizofrenia, los trastornos bipolares y otros trastornos.

Actualmente disponemos de cinco tipos de antipsicóticos atípicos en nuestra farmacopea:

- La clozapina (Leponex: tabletas de 25 y 50 mg.). Alcanza niveles plasmáticos en 1 a 4 horas y su vida media es de aproximadamente 16 horas.

- La risperidona (Risperdal: tabletas de 1, 2 y 5 mg). Es un benzisoxazol que se metaboliza parcialmente vía hepática dando el metabolito activo 9-hidroxi-risperidona. La vida media de la risperidona cuando se toma oralmente es de 3 horas y la de su metabolito de unas 24 horas.

- La olanzapina (Zyprexa: tabletas de 5 y 10 mg). Es una tienobenzodiacepina y alcanza sus valores pico en 6 horas, siendo su vida media de 21 a 54 horas. Se metaboliza por glucoronización en la citocromo p450.

- La quetiapina (Seroquel: comprimidos de funarato de quetiapina con 25, 100 y 200 mg.). Es un derivado dibenzotiacepínico y se metaboliza en el hígado. Su vida media de eliminación es de unas 7 horas.

- La ziprasidona (Geodon): tiene alta afinidad por los receptores de dopamina tipo 2 y una afinidad sustancialmente mayor hacia los receptores de serotonina tipo 2A. También interactúa con los receptores de serotonina 5HT2c, 5HT1d y 5HT1A. Alcanza concentraciones pico a los 30 minutos y la vida media es de aproximadamente 3 ½ horas. El 20% de la dosis es excretada por la orina y aproximadamente un 66% por heces. Puede prolongar el intervalo QT del ECG o provocar arritmias cardíacas. Otros efectos adversos pueden ser: acatisia, mareos, somnolencia, insomnio, discinecia tardía y síndrome neuroléptico maligno. Se administra por vía oral o intramuscular. Las presentaciones comerciales son de 20, 40, 60 y 80 mg en cápsulas orales y 20 mg/5ml en vial para inyección im.

- Amisulpiride: tiene afinidad por los subtipos D2/D3 del receptor dopaminérgico pero no la tiene por los subtipos D1, D4 y D5. No tiene afinidad por los receptores serotoninérgicos, histamínicos H1 y colinérgicos. Su actividad está relacionada preferencialmente con el sistema límbico lo que puede explicar su escasa producción de síntomas extrapiramidales. Con el amisulpiride se dan aumentos de la prolactina de carácter reversible. Muestra dos picos de absorción: uno a la hora y otro a las 3 o 4 horas después de la administración oral. Se han identificado dos metabolitos inactivos y su vida media es de aproximadamente 12 horas. Se elimina inalterado por la orina en un 90% en las primeras 24 horas. Se presenta en comprimidos de 100, 200 y 400 mg.

Los síntomas secundarios adversos más frecuentes con los nuevos antipsicóticos son:

- Ganancia de peso (más con la olanzapina)
- Hipotensión ortostática
- Taquicardias

- Arritmias (síndrome de torsade de points con ziprasidona)
- Prolongación del segmento QT del electrocardiograma (más con ziprasidona)
- Convulsiones por disminución del umbral convulsivo (clozapina)
- Agranulocitosis (1 a 2% de pacientes con clozapina)
- Mareos
- Alteración de las enzimas hepáticas
- Visión borrosa
- Estreñimiento
- Fatiga
- Galactorrea y amenorrea
- Sequedad de boca
- Discrasias sanguíneas
- Priapismo
- Síndrome neuroléptico maligno (más raro)

Cuando se utiliza la clozapina, el riesgo de agranulocitosis obliga a hacer recuentos de células blancas cada semana durante los primeros seis meses y posteriormente cada dos semanas, por lo que se utiliza muy poco con menores de edad. No obstante, deben practicarse exámenes de rutina cuando se administran estos medicamentos como: hemograma, perfil hepático, creatinina sérica, nitrógeno de urea, electrocardiograma, y en algunos casos electroencefalogramas.

De los efectos secundarios antes descritos, se deduce que los antipsicóticos no deben utilizarse o hacerlo con precaución en pacientes con:

- Historia de convulsiones
- Antecedente de cardiopatía
- Que estén recibiendo otros medicamentos que alteren el ritmo o la repolarización del músculo cardíaco.
- Que tomen medicamentos hipotensores.
- Trastornos hepáticos
- Insuficiencia renal
- Con obesidad
- Con predisposición a la diabetes (más con la olanzapina)

La administración de uno u otro neuroléptico a niños y adolescentes depende mucho de la edad, el tipo de patología, el uso de otros fármacos y la historia del paciente en relación a sus reacciones a estos medicamentos. Generalmente, evitamos recetarlos a niños por debajo de los 6 años de edad.

En la tabla que presentamos a continuación damos una visión panorámica de las acciones principales de los fármacos antipsicóticos.

Tabla 5
Acciones de los antipiscóticos

	Potencia antipsicótica	Síntomas extrapiramidales	Síntomas anticolinérgicos	Sedación	Hipotensión
Clorpromazina	+	++	+++	+++	+++

levomepromazina	+	++	+++	+++	+++
Sulpiride	+	-	-	+	-
Amisulpiride	+	+	+	+	+
Tioridazina	++	++	+++	+++	++
Clozapina	++	+	+++	++	+++
Olanzapina	++	+	+++	+	+++
Risperidona	+++	+	+	+	++
Haloperidol	+++	+++	+++	+	++
Flufenazina	+++	+++	+	+	+

Se debe anotar que los clínicos que recetan estos fármacos deben consultar frecuentemente la información respecto a cada uno de ellos, ya que con frecuencia se reportan hallazgos nuevos, así como para verificar las interacciones que pueden darse con otros fármacos que utilizan las mismas vías metabólicas, o que cuya combinación puede provocar reacciones potencialmente peligrosas. No siendo este libro un tratado de psicofarmacología, los lectores deben consultar otras obras más especializadas y la información que dan las casas farmacéuticas sobre sus productos si se quiere ampliar los conocimientos al respecto.

D.Los ansiolíticos.

Se incluyen en este apartado a los fármacos conocidos como benzodiazepinas y que actúan amplificando los efectos del GABA en los canales de cloro de la neurona postsináptica, mediante lo que se conoce como modulación alostérica: las benzodiacepinas se unen al receptor GABA-A en un sitio cercano al que recibe al GABA. Esta acción produce un efecto ansiolítico, o sea, reduce los niveles de ansiedad. Al efecto ansiolítico se une el miorrelajante, hipnótico y anticonvulsivo.

Las benzodiazepinas se absorben rápidamente por vía oral pero su absorción parenteral es errática excepto para el lorazepam. Se metabolizan en el hígado dando metabolitos activos y su eliminación es casi totalmente por el riñón.

Los medicamentos de este grupo son:

- Diazepam (Valium: comprimidos ranurados de 2, 5 y 10 mg; jarabe con 2 mg/5 ml y ampollas con 10 mg/2 ml). Su vida media es de 30 a 60 horas.
- Clordiazepóxido (Librium: cápsulas de 10 y 25 mg; ampollas con 100 mg). Su vida media es de 24-48 horas.
- Alprazolam (Tafil: tabletas de 0.25, 0.5 y 1.0 mg). Tiene una vida media de 12-15 horas
- Lorazepam (Ativan: tabletas de 1 y 2 mg). La vida media es de 10 a 20 horas

- Clobazam (Urbadan: comprimidos de 10 mg. Su vida media es mayor de 24 horas.
- Bromazepam (Lexotan: comprimidos de 1.5, 3 y 6 mg). Su vida media es corta.
- Clonazepam (Rivotril: comprimidos ranurados de 0.5 y 2 mg; gotas con 2.5 mg/ 1 ml). La vida media es de 20-40 horas.

Los efectos secundarios comunes con las benzodiazepinas son:

- Exceso de sedación
- Fatiga
- Dificultades de atención y concentración
- Ataxia
- Confusión que puede llegar al coma con dosis muy altas
- Reacciones paradójicas con excitación, aumento de la ansiedad, rabia y agresividad, insomnio y a veces alucinaciones.
- Síndrome de abstinencia por suspensión abrupta después de un uso prolongado. Puede manifestarse con convulsiones.

Contraindicaciones del uso de las benzodiazepinas son los estados de miastenia gravis, ataxias, primer trimestre de la gestación.

Entre los fármacos que utilizamos exclusivamente como hipnóticos en la clínica están:

- El midazolam (Dormicum: comprimidos de 7.5 y 15 mg; ampollas con mg/ ml). Es una benzodiazepina que potencia el efecto inhibitorio del GABA en forma similar a como lo hacen las otras benzodiazepinas. Cuando se inyecta im. inicia su efecto sedativo en 15 minutos y alcanza un pico en 30-60 minutos. En administración intravenosa inicia su acción en menos de 3 minutos. Es de acción corta y su vida media es de 1-10 horas. Se metaboliza en el hígado y se excreta por la orina. Además las contraindicaciones para las demás benzodiazepinas, también hay que considerar el glaucoma de ángulo agudo. Se recomienda no administrarlo im. o iv. sin tener a mano equipo de monitorización y resucitación por el peligro de paradas respiratorias y cardíacas. Su uso no oral debe limitarse al ambiente hospitalario para pacientes con insomnio resistente a otros fármacos de uso más común.

- Zolpidem (Stilnox:) No es una benzodiazepina pero actúa en los receptores GABA con mayor afinidad por el receptor BZ1. Alcanza niveles plasmáticos a las 2-3 horas y su vida media también de 2-3 horas. Se metaboliza en el hígado sin que se produzcan metabolitos activos.

Los medicamentos de tipo sedativo que producen cierto efecto ansiolítico y tranquilizante y que incluso pueden servir para inducir el sueño en pacientes pediátricos, tienen efectos secundarios leves por lo que se utilizan ampliamente. Estos son:

- La difenhidramina (Benadryl: cápsulas de 10, 25 mg y jarabe de 12.5 mg/5 ml). No se debe utilizar antes del año de edad.

- La hidroxizina (Atarax: tabletas de 10 y 25 mg; jarabe con 10 mg/5ml).

- Bromhidrato del glutamato de magnesio (Psico-Soma: grageas con 0.150 g y jarabe con 3 g de bromhidrato del glutamato de magnesio combinado con 0.18 g de clorhidrato de prometazina). Es un medicamento de amplio uso con pacientes pediátricos que presentan trastornos leves de la conducta, irritabilidad, inquietud, ansiedad y trastornos del sueño. Es raro que se

produzca algún efecto adverso a las dosis habituales excepto sedación en algunos casos y al inicio del tratamiento.

- La passiflora o los compuestos a base de tilo (Tiloflorine: suspensión).Tiene una indicación similar a la del medicamento anterior y con excepción de su sabor algo amargo, evita el tener que utilizar en niños pequeños fármacos más potentes y con más efectos adversos.

Los sedativos al igual que las benzodiacepinas deben evitarse en pacientes con depresión; las últimas pueden combinarse con antidepresivos cuando se trate de una depresión con marcada ansiedad.

E. Otros medicamentos no clasificados en apartados anteriores

Incluimos aquí cuatro medicamentos:

- El biperideno (Akineton: tabletas de 2 mg de clorhidrato de biperideno y grageas de acción retardada de 4 mg de clorhidrato de biperideno; ampollas con 5 mg/1 ml de lactato de biperideno). Se utiliza en clínica psiquiátrica para prevenir o corregir los efectos extrapiramidales de los neurolépticos, especialmente de los convencionales.

- La clonidina (Catapresán: tabletas de 0.150 mg). Es un medicamento agonista alfa-adrenérgico que actúa como antihipertensivo central, pero también se ha estado aplicando al tratamiento del síndrome de hiperactividad con déficit de atención y el síndrome de Gilles de la Tourette. Alcanza sus niveles pico en sangre a las 3-5 horas de la administración oral y la vida media es de 12-16 horas. Sus efectos adversos frecuentes son disminución de la presión arterial en un 10%, sedación y somnolencia.

- La atomoxetina (Strattera: tabletas de 5, 10, 18, 25, 40 y 60 mg). Este medicamento es de aplicación exclusiva para el tratamiento del síndrome de hiperactividad con déficit de atención con efectos muy parecidos a los del metilfenidato. Es un potente inhibidor del transportador presináptico de norepinefrina, y su afinidad es mínima para otros transportadores o receptores de neurotransmisores. Sus reacciones adversas más comunes son reacciones alérgicas, pérdida de peso (pérdida de apetito), mareos, dolor de cabeza, dolor abdominal, constipación, irritabilidad y cambios de humor. Será una alternativa muy útil al tratamiento con el metilfenidato.

- Ácido gamma-aminobutírico (GABA) (Gamalate B6: grageas con 75 mg de GABA, 37 mg de ácido gamma-amino-hidroxibutírico (GABOB), 75 mg de bromhidrato del glutamato de magnesio (BGM) y 37 mg de vitamina B6; solución con 100 mg de GABA, 50 mg de GABOB, 100 mg de BGM y 50 mg de vitamina B6. Tiene amplio uso en nuestro medio para tratar pacientes con dificultades de rendimiento escolar que no obedecen a un síndrome de hiperactividad con déficit atencional, especialmente cuando hay desgano por estudio, es decir, actúa como un medicamento nootrópico (Gr. nous = mente y trophos = alimento).

En esta revisión de fármacos nos hemos referido especialmente a aquellos que se encuentran en uso en nuestro país actualmente y su aplicación a las diferentes patologías con las dosis requeridas y los modos de administración se describirán en los capítulos correspondientes a aquéllas.

Capitulo 14

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

En Psiquiatría de la niñez y la adolescencia la hospitalización no es un recurso utilizado con frecuencia. Se evita en lo posible debido a la estigmatización que supone a edades tan tempranas. No obstante, hay pacientes que necesitan tratamiento en régimen de internamiento debido a la gravedad de los síntomas o a otros factores familiares o sociales que veremos más adelante. Existen indicaciones muy precisas y contraindicaciones, así como unas condiciones que se deberían cumplir cuando se desea hospitalizar menores en una sala u hospital para trastornos mentales.

Indicaciones para la hospitalización

A. Intentos de suicidio: aunque en los niños y adolescentes es frecuente que se cometan intentos de suicidio no muy serios y con la finalidad de llamar la atención o manipular a los familiares u otras personas con las que se relacionan, en algunos lugares, entre ellos nuestra Servicio, se prefiere mantenerlos bajo vigilancia en la sala de internamiento para estudiar mejor la motivación del intento de suicidio y para confirmar si existe o no una psicopatología de fondo o situaciones de índole familiar que pueden llevar al paciente a tomar estas decisiones. De acuerdo a la gravedad del intento de suicidio y a la de la patología mental si existe, la estancia en el hospital será más breve o más larga.

B. Brote psicótico: cualquier paciente que se presente a una sala de urgencias o a una consulta médica con síntomas de agitación psicótica, alucinaciones o delirios que hacen imposible que pueda ser controlado en su medio ambiente familiar, debe ser internado para tratamiento urgente y para someterlo a estudios que conduzcan al diagnóstico del tipo de enfermedad mental que está padeciendo.

C. Pacientes en estado depresivo grave: cuando hay posibilidades de realizar atentados contra su vida o que no ha podido mejorar con los tratamientos ambulatorios y su estado físico y mental va en franco deterioro.

D. Pacientes violentos: aquellos que ya sea porque sufren de una enfermedad mental u otra se han convertido en un peligro para los demás, especialmente quienes conviven con él, debido a su conducta violenta que puede terminar no pocas veces en homicidio.

E. Casos de maltrato: niños o adolescentes que están padeciendo abusos físicos, sexuales o psicológicos y requieren urgentemente ser separados del ambiente

donde los maltratan hasta que una autoridad judicial de menores tome una decisión al respecto.

F. Anorexia nerviosa: cuando no se logre detener la pérdida de peso progresiva y antes de llegar a una situación crítica del estado físico de la paciente o ya se haya llegado a tal punto.

G. Trastorno obsesivo-compulsivo: cuando los síntomas compulsivos sean tan intensos como para someter al enfermo a un tratamiento de modificación de conducta u otras psicoterapias en un medio controlado.

H. Resistencia a tratamientos: cuando algún paciente no cumple con las indicaciones que se le dan en cuanto a toma de medicamentos, o cuando los familiares hacen resistencia, pasiva o activa, a los tratamientos.

I. Otros: cualquier otro paciente que no mejore con el tratamiento ambulatorio y su conducta o estado emocional esté limitando su vida familiar, social o escolar, requiriendo un período de internamiento con la finalidad de hacer estudios más especializados y tratamientos más controlados.

Contraindicaciones

A. Pacientes que no requieren ningún tipo de estudios especializados o tratamientos controlados y que pueden ser tratados razonablemente bien ambulatoriamente. Estos casos constituyen una gran mayoría en nuestra especialidad.

B. Por deseo de los familiares de que se le interne: esto se da especialmente en casos de niños o adolescentes con trastornos de conducta, hiperactividad, retardo mental o trastornos psicóticos crónicos que causan mucha ansiedad o rechazo entre los familiares, quienes sugieren o presionan al médico para que proceda al internamiento prolongado del paciente.

C. Pacientes que no necesitan estudios especializados ni tratamiento bajo control pero en los cuales se quieren realizar procedimientos con fines de investigación científica.

D. Hospitalismo o dependencia hospitalaria: se trata de jóvenes adolescentes que no cumplen con el tratamiento en régimen ambulatorio o buscan constantemente otros motivos para lograr el internamiento donde se siente más seguros y cómodos.

E. Niños o jóvenes que deambulan por las calles o que se dedican a la delincuencia sin que tengan otras patologías mentales que necesiten tratamiento en una sala u hospital psiquiátrico los cuales no deben convertirse en asilos juveniles para niños de la calle o lugares de castigo para menores infractores.

Condiciones físicas del área de internamiento.

Los lugares donde se traten niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento tienen que ser acogedores y brindar a los pacientes un ambiente de familiaridad, pareciéndose lo menos posible a un hospital tradicional y mucho menos a una institución correccional.

Los menores necesitan áreas de internamiento totalmente separadas de las de adultos, y dentro de ellas, lo adecuado es tener una sección de niños y otra de adolescentes. La primera puede incluir menores de hasta 13 años y la segunda de esta edad hasta los 18. En cada sección tiene que dormitorios y baños para niñas y otros para varones, pudiendo ser otras partes comunes a ambos sexos.

Habida cuenta de los riesgos que se presentan con algunos casos de pacientes internados, es muy importante que todos los detalles estén cuidadosamente planificados, tanto estructurales, de utensilios y de vigilancia por parte del personal, para evitar que se puedan consumar actos de suicidio o atentados de unos pacientes a otros con objetos peligrosos, así como agresiones contra el pudor. En áreas muy sensibles como los baños, las enfermeras y sus asistentes necesitan poder tener acceso a ellas en cualquier momento que se sospeche que algo irregular esté sucediendo allí.

Cada una de las secciones, la de niños y adolescentes, debe tener tres tipos de estancias:

- Aislamiento: para pacientes agitados, agresivos o con conductas muy impertinentes que requieren pasar un corto tiempo separados del resto que generalmente oscila entre 48 y 72 horas.
- Salas para pacientes con sintomatología psicótica no agitados no violentos.
- Salas para pacientes no psicóticos ni agitados o violentos.

Otras áreas que deben formar parte de la estructura de un pabellón u hospital psiquiátrico para menores aparte de las administrativas son:

- Área de terapia ocupacional y de entretenimiento.
- Área de psicoterapia individual.
- Área para psicoterapias de grupo y de familia.
- Sala de visitas para cada una de las secciones.
- Sala de televisión.
- Un área abierta y con vegetación para paseos y ejercicios al aire libre sería muy beneficiosa principalmente para aquellos pacientes que están en la estancia de pre-salida.

Es también de interés al planificar un centro hospitalario para pacientes psiquiátricos menores de edad, que esté cerca de otras instalaciones clínicas pediátricas donde se les pueda dar atención médica por parte de otras especialidades y practicar exámenes complementarios de diagnóstico. Una opción sería que dentro de un hospital pediátrico se habilite un pabellón para psiquiatría con las facilidades antes descritas.

Duración y modalidades del internamiento.

A. Internamiento completo

En este caso los pacientes están totalmente confinados al área hospitalaria. El internamiento a tiempo completo debe en general ser de corta duración: el tiempo suficiente para que se pueda tener a un paciente en condiciones de continuar tratamiento extra hospitalario, o para que pueda ser colocado en un hogar sustituto en casos que lo requieran. El tiempo promedio suele ser de dos a cuatro semanas.

B. Internamiento parcial u hospital diurno

En esta modalidad los pacientes acuden al centro hospitalario de lunes a viernes durante la mayor parte del día para continuar terapias, tomar los medicamentos y observar su evolución en forma más controlada. A este hospital diurno acuden pacientes que han salido del internamiento completo y otros que sin haber estado en él, necesitan seguirse diariamente por el tiempo que el médico a cargo determine.

Modalidades terapéuticas intrahospitalarias

Una vez ingresado un paciente al centro de internamiento, es preciso hacer una valoración cuidados de su estado mental y conductual para decidir el tratamiento a seguir. No obstante, durante el tiempo que permanece hospitalizado, las medidas terapéuticas podrán variar de acuerdo a las necesidades. La decisión terapéutica y sus cambios dependerán en buena medida de las observaciones que haga el personal de enfermería en sus anotaciones diarias y en las reuniones con el equipo tratante.

Las modalidades terapéuticas que generalmente se aplican en una sala de pacientes psiquiátricos juveniles son unas de carácter urgente y otras de tipo electivo.

Entre las primeras está la sedación - generalmente vía intramuscular o menos frecuentemente vía intravenosa - en casos de:

- Agitación psicomotora (psicótica o no).
- Estado delirante agudo con miedo o conducta muy desorganizada.
- Crisis intensas de ansiedad.
- Conducta violenta episódica.
- Insomnio.
- Otras condiciones médicas agudas no psicopatológicas.

Otras medidas que se deben tomar en ocasiones son la restricción física y el aislamiento cuando se trata de pacientes muy agitados o violentos mientras se logran controlar mediante la administración de los tranquilizantes.

Entre las segundas se considera a aquellas modalidades de tratamiento que se ha decido seguir en cada paciente después de establecer un diagnóstico de trabajo y el examen mental. Entre ellas están:

- Psicoterapia individual de apoyo, cognitiva u otra: para pacientes que se encuentran en capacidad de establecer una comunicación básica y de un razonamiento suficiente.

- Métodos de modificación de conducta (las veinticuatro horas del día y con la participación de todo el personal): para pacientes que se muestran resistentes a

seguir instrucciones, a cumplir con sus hábitos de aseo, a ingerir alimentos, que se muestran desafiantes, agresivos o con conductas reiterativas o compulsivas.

- Psicoterapias de grupo: para pacientes en que además de cumplir con los requisitos que se mencionaron para la psicoterapia individual, necesitan compartir experiencias con otros y mejorar su sociabilidad.

- Psicoterapias de familia: cuando se desea trabajar con los demás miembros de la familia en los casos de pacientes que provienen de hogares o medios familiares disfuncionales que causan o agravan su trastorno.

- Terapias de relajación corporal: especialmente para los pacientes que presentan estados de ansiedad intensos, aunque también podrían beneficiarse de los deprimidos y algunos psicóticos no paranoides.

- Terapia ocupacional: todo paciente que no se encuentre en estado de agitación psicomotora o en actitud violenta puede y debe participar de esta terapia.

- Terapias de juego: especialmente para niños más pequeños como método psicoterapéutico individual y de grupo más indicado.

- Otras terapias: psicodrama, musicoterapia, terapia por el arte: aunque de estas terapias pueden participar todos los pacientes que no estén en situación de aislamiento, es dirigida principalmente para aquellos que tienen más dificultad para expresar y liberar emociones o pensamientos.

Dentro de las medidas electivas se encuentra también la restricción de visitas (total o parcial) cuando se trata de pacientes que:

- Necesitan un período de aislamiento total.
- Han sido hospitalizados por agresiones de parte de sus familiares, en cuyo caso se le prohíbe la visita a éstos por un período que determinan o el médico o una autoridad judicial.
- Tienen antecedente de consumo de drogas y se sospecha le pueden ser suministradas por amigos y por lo tanto no debe ser visitado por éstos.
- Se tornan muy ansiosos o agresivos con las visitas de determinadas personas, familiares o no, a quienes se les restringe el permiso de visita hasta tanto esta situación no mejore.
- Tienen familiares que en vez de cooperar con el equipo tratante obstaculizan su labor o están siempre en actitud desafiante o demandante.

En términos generales, los pacientes internados en un centro psiquiátrico no deben ser abrumados con demasiadas personas a la hora de las visitas. Los permisos suelen darse fundamentalmente para los padres, hermanos u otros parientes con quienes convive, siendo necesario un permiso adicional para cualesquiera otras personas como compañeros, maestros, religiosos, etc., siempre que no se considere perjudicial para el paciente.

Personal necesario

El personal que se necesita en un centro de hospitalización de esta índole incluye:

- Médicos especialistas en psiquiatría de niños y adolescentes.
- Psicólogos clínicos en la misma especialidad.
- Enfermeras especialistas en salud mental, preferiblemente con experiencia pediátrica.
- Terapeutas ocupacionales.
- Terapeutas de familia (puede ser también uno de los médicos).
- Terapeutas con especialidad en otras modalidades descritas.
- Trabajadoras sociales.
- Auxiliares y asistentes de enfermería.
- Personal administrativo (secretaría, archivos, aseo).

La cantidad de médicos debe ser tal que permita a éstos la atención diaria (lunes a viernes) de manera cómoda, incluyendo en su tiempo de trabajo la revisión de los expedientes, la atención individual de cada paciente y la atención a sus familiares, las sesiones clínicas para discusión de casos y otras actividades terapéuticas programadas en la semana. Si la sala de internamiento está incluida en un hospital pediátrico, entonces en el tiempo de los médicos se debe contar también el dedicado a las interconsultas que les solicitan otros especialistas.

Para los psicólogos clínicos rige un criterio parecido ya que estos además de la labor que realizan practicando pruebas psicométricas, también se involucran en actividades terapéuticas (de familia, de grupo, lúdicas y otras).

El número de pacientes para cada terapeuta ocupacional no debe pasar de unos 6 u 8.

La labor de equipo en el hospital es fundamental para un buen proceso terapéutico, por lo tanto, todos los miembros del mismo deberán compartir una misma línea de trabajo en este sentido. No es muy conveniente que a los pacientes se les trate desde diferentes enfoques doctrinales en cuanto a las psicoterapias, por lo que debe procurarse una mayor uniformidad en este sentido ya que de no ser así se puede crear mucha confusión en los enfermos y sus familiares.

Proceso de alta

Una vez que se ha decidido que un paciente está en condiciones de abandonar el hospital para seguir tratamiento ambulatorio, es importante cuidar los siguientes aspectos:

- Que puede reintegrarse a su medio familiar habitual sin peligros para su salud física o mental.
- Que los familiares se hacen responsables del tratamiento indicado y de la asistencia a las consultas a las que se les refiere.
- Que tanto el paciente como los familiares hayan entendido cómo debe tomar los medicamentos y cuáles son las dosis en caso de que se le hayan recetado.
- Que el paciente lleve un informe detallado de lo sucedido durante su hospitalización al médico que se encargará de su tratamiento ambulatorio.

- Que los familiares, y el paciente cuando tenga entendimiento suficiente para ello, tengan claro el motivo de la hospitalización, los diagnósticos y el por qué de los tratamientos a seguir.
- Que el paciente salga de las instalaciones hospitalarias con un familiar adulto como el padre, la madre, un hermano mayor u otra persona que la familia designe formalmente y por escrito.
- Si se trata de un caso con implicaciones legales, se debe de aviso a las autoridades de menores correspondientes de la salida del paciente, o esperar a que una persona encargada por ellas lo retire del hospital.
- Que una vez dada el alta, el expediente pueda archivarse con la información completa exigida y firmado por el médico responsable del caso.

Capítulo 15

OTROS TRATAMIENTOS.

Trataremos en este capítulo de algunas formas de terapia que si bien algunas de ellas no es el psiquiatra quien las ejecuta, son modalidades terapéuticas con las que cuenta éste para determinados casos y que forman parte del trabajo multidisciplinario que se desarrolla en las grandes clínicas de Psiquiatría de niños y adolescentes.

Comenzaremos por las técnicas de retroalimentación biológica ("biofeedback") que se basan en la regulación por parte del individuo de su propia conducta, para lo cual utiliza la información que recibe como consecuencia de sus conductas. Para muchos autores esta es una modalidad de terapia de la conducta. Este tipo de tratamiento se ha venido practicando más en adultos, pero el interés por su aplicación al campo de la psiquiatría pediátrica ha ido creciendo en los últimos años. Es bastante común introducir en las técnicas de retroinformación los procedimientos de relajación corporal que describiremos posteriormente. Decía Kolb en 1977 que los programas los instrumentos para el entrenamiento de retroinformación biológica se habían estado sofisticando para permitir al individuo modificar varios estados fisiológicos, incluyendo el tono muscular, para visualizar cambios vasculares en el flujo sanguíneo de los dedos y para monitorizar los ritmos alfa de los electroencefalogramas o el electrocardiograma.

Entre los tipos de problemas que se tratan con esta técnica de retroinformación biológica se encuentran:

- Los estados de ansiedad.
- Las cefaleas tensionales y las migrañas.
- Los tics.
- Los trastornos del habla.
- Las convulsiones.
- El control de las funciones del sistema nervioso autónomo.
- El control de los movimientos motores finos en niños con parálisis cerebral.
- Los dolores psicógenos.

En cuanto a las técnicas de relajación corporal, según Bergés y Bounes (1977), pueden aplicarse a niños de forma individual o en grupo. A un nivel fisiológico, dicen estos autores, “la relajación permite el paso de un nivel estructural a otro nivel, posibilitando la regresión mediante la puesta en juego no sólo de la modificación de los mecanismos, sino de circuitos o estructuras diferentes.” Dicen también que “no solamente se establecen nuevas conexiones casi experimentales entre un estado emocional determinado, el de la relajación, y diversos estados funcionales (circulación, respiración, etc.), sino que asistimos a una verdadera regresión de equilibrios readaptativos a niveles distintos, en un sentido casi genético”.

Las indicaciones para el tratamiento por medio de la relajación corporal en Psiquiatría de niños son las que siguen a juicio de los autores antes citados:

1. La paratonía: se refiere a una extensión que rebasa los límites normales o hiperextensión.
2. La debilidad motriz.
3. Temblores emocionales o de torpeza.
4. Calambres funcionales y algunas distonías de actitud.
5. Estados de tensión, estados de dehiscencia.
6. Las inestabilidades.
7. Los trastornos neuróticos.
8. Estados de déficit sensorial en los que el aporte del tratamiento como experiencia estésica puede ser útil.
9. Niños sordomudos inadaptados porque la relajación puede suscitar la predominancia de aferencias estésicas, somáticas y espaciales, y porque puede reducir el estado tensional de estos niños.

Aparte de estas situaciones que hemos tomado de Bergés y Bounes en forma modificada, también se cita la aplicación de la relajación a diversos estados de patología neurológica. En niños hiperactivos pueden ser útiles para ayudarlos a reducir sus estados tensionales y a concentrarse mejor. En niños con retardo mental o con inmadurez psicomotora la relajación les permite llegar a un mejor conocimiento de su esquema corporal.

La relajación corporal se ha combinado con otros tipos de de tratamientos psicológicos como los de modificación de conducta, los de retroinformación biológica, la psicoterapia tradicional, la reeducación psicomotriz y los métodos psicopedagógicos.

Se intenta siempre que el paciente se entrene en la técnica que se le está aplicando para que pueda practicarla en su propia casa regularmente. Si la técnica de relajación tiene éxito, entonces se puede conseguir la eliminación, o al menos la reducción, del uso de agentes químicos en las situaciones patológicas que hemos indicado anteriormente, especialmente en los casos de estados de ansiedad, de inestabilidad motriz de los hiperactivos y los tics.

La terapia electroconvulsiva que se ha utilizado mucho con adultos, se practica cada vez menos con niños y adolescentes. En muchas partes del mundo esta modalidad terapéutica es rechazada como muy agresiva y porque los resultados no son en realidad tan buenos como la hayan podido ser en adultos. En todo caso es un recurso que se utiliza en casos extremos donde está en juego la vida del paciente o su deterioro progresivo.

Tiene que practicarse en condiciones que requieren un cuidadoso examen médico previo, el consentimiento de los familiares luego de haber sido bien informados de los que se espera del tratamiento y de sus riesgos, la intervención del equipo de anestesiólogos y ser aplicado por un médico experto en la técnica electroconvulsiva.

Se procede a administrar un pre anestésico, seguido de la anestesia, y finalmente la corriente eléctrica mediante el método del electrodo en el hemisferio no dominante. Habitualmente se dan entre 6 a 12 sesiones.

Las indicaciones de la terapia electroconvulsiva son pocas y todas se refieren a cuadros clínicos que no mejoran con psicofármacos:

- Esquizofrenia catatónica o de otra modalidad.+
- Psicosis maníaco-depresiva.
- Depresión mayor o psicótica.
- Anorexia nervosa grave.

La terapia ocupacional es una de las formas complementarias de tratamiento aplicadas en los centros de hospitalización y en los Servicios de atención diurna ambulatoria. Decía Shaw (1969), que “para muchos niños es el único aspecto en que pueden trabajar con un grado importante de progreso. El hacer las cosas con las manos, aprender a usar los instrumentos y a manejar el material de manera organizada y constructiva, con frecuencia está provisto de alta significación, y es fuente de satisfacción real para muchos de estos pacientes de escasos incentivos y que se han visto crónicamente privados de todo. Una trabajadora de terapia ocupacional que sea paciente y comprensiva puede, en ocasiones, ser la primera persona con la que el niño ha podido experimentar relaciones de constante dependencia”.

Durante las sesiones de terapia ocupacional pueden observarse muchas de las conductas del niño y su relación con los demás pacientes y con la terapeuta, lo cual es de inestimable valor para la clínica. Aparte de la misma terapia por la ocupación con el significado que mencionaba Shaw, la terapeuta ocupacional puede desarrollar una serie de actividades terapéuticas como la creación de una conducta de atención en niños inestables, la estructuración de ciertos hábitos cotidianos en el niño como el orden, la limpieza, el saber esperar, hábitos de alimentación, la habilitación o la rehabilitación de las coordinaciones motrices y de la capacidad visomotora, el desarrollo de conceptos básicos, el esquema corporal, de la lateralidad y del ritmo.

Acostumbramos a enviar a la terapeuta ocupacional a niños en casos de:

- Trastornos del desarrollo en un sentido amplio, y cuya naturaleza e intensidad de las deficiencias motrices no ameriten la referencia a Medicina Física y Rehabilitadora.
- Pacientes emocionalmente inmaduros.
- Autismo u otros trastornos similares.
- Trastornos emocionales que cursan con inhibición, timidez o mutismo selectivo.
- Hiperactividad.
- Trastornos de conducta (generalmente preescolares).
- Deficiente capacidad de integración a grupos.

Otro método terapéutico que ayuda en innumerables ocasiones a la labor del psiquiatra de menores es la terapia foniátrica. Los trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla son causa muchas veces de dificultades de adaptación escolar y social, lo que a su vez es causa de frustraciones, ansiedad, baja autoestima y aislamiento. Cuando el problema es una tartamudez muy acentuada y constante, las dificultades de adaptación y los trastornos emocionales son más frecuentes. Dada la importancia que tiene el lenguaje y el hablar adecuadamente en las relaciones del individuo desde muy temprano en la vida, el campo de la fonología y el de la psiquiatría de niños estarán siempre en estrecha relación. La estimulación del lenguaje y las terapias correctivas para sus deficiencias son causa muy frecuente de referencias por parte del clínico que trata niños, y de hecho, en nuestro Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes hemos dado cabida a una Unidad de Fonoaudiología en la que laboran dos terapeutas especializadas.

Los niños que se refieren a esta sección son:

- Los que tienen un retraso marcado del lenguaje (incluyendo niños con retardo mental y autistas).
- Los que presentan trastornos de la pronunciación.
- Los que tienen tartamudez.

Otro tipo de tratamiento que debemos mencionar como complemento de la labor terapéutica de la Psiquiatría de niños y adolescentes es el de los sistemas de pedagogía especiales. En este sentido escribió Hewett: “El niño con un trastorno de conducta es quizá más visible que nunca cuando se enfrenta con las demandas de atención, dirección bajo control, conducta social aceptable y dominio de las habilidades académicas en el salón de clases… Si los niños con trastornos de conducta son vistos como severamente mal adaptados, su incidencia en la escuela ha sido estimada de 4 a 7% basándose en estudios hechos desde 1828 a 1958. Si son vistos como moderadamente mal adaptados o como perteneciendo a categorías discretas (Ej. neurótico), las estimaciones de su número actual son altamente inciertas debido a los problemas de definición y a la variabilidad de las técnicas de muestreo, y en los instrumentos utilizados para obtener los datos”. Según este autor, un niño puede presentarse en el ambiente escolar de las siguientes formas: afectado neurológicamente, con desventaja cultural, con desventaja educacional, o con trastornos de la conducta. Cada una de estas categorías ha merecido enfoques pedagógicos distintos.

Recordemos en este momento como de los intentos por educar a niños con problemas fue surgiendo el interés por muchos aspectos de la psicopatología infantil. Así, el caso del intento de Itard por educar al niño salvaje del Aveyron; el de la doctora Montessori que creó uno de los métodos más conocidos de educación para niños tanto normales como subnormales. Y es que los problemas psicopatológicos y los psicopedagógicos están íntimamente unidos en muchos casos. La importancia de tratar a un niño hiperactivo o a uno disléxico, por ejemplo, sería menor si no fuera por las implicaciones académicas que estos trastornos conllevan. Asimismo, ¿cuántas veces no vemos a niños con dificultades académicas que desarrollan conductas patológicas como consecuencia de aquéllas?

Niños con lesión cerebral, con alteraciones emocionales, de la conducta, con inferioridad cultural, con retardo mental, con trastornos generalizados del desarrollo, con trastornos del aprendizaje, son todos candidatos a recibir una forma especial de enfoque pedagógico. La psicopedagogía comprende aquellos aspectos de la psicología que pueden proporcionar al educador una comprensión correcta y científica del niño, una compenetración con la naturaleza y condiciones del aprendizaje, una apreciación del significado de las diferencias individuales, un conocimiento adecuado de los procesos de maduración, una idea clara de la importancia de la adaptación y el reconocimiento de su necesidad para la formación del carácter. La orientación y tratamiento utilizados por la psicopedagogía se pueden apreciar en las distintas disciplinas que ayudan al ser humano en su desarrollo. Así, en un servicio de psiquiatría pediátrica, la aplicación de técnicas psicopedagógicas tiene una función bastante significativa, ya que un elevado porcentaje de los pacientes que acuden a consulta presentan dificultades en su aprendizaje escolar. Al mismo tiempo que se desarrollan programas dirigidos a los pacientes, se ejecutan otros destinados a sus padres con el fin de capacitarlos para que puedan comprender este tipo de problemas y brindar su colaboración para su corrección.

En relación a los problemas de lectura y escritura, es importante que los maestros de los primeros grados vigilen celosamente el aprendizaje de estas habilidades y sus posibles dificultades, ya que son la base de todo el rendimiento escolar futuro. Con frecuencia encontramos niños con inteligencia y aprendizaje normal pero que a través de todos sus años de escolaridad, presentan fallas específicas de lectura y/ escritura (dislexia y/o disgrafía). Otro tipo de problemas es el manejo de los conceptos numéricos para lo cual es necesario que el niño tenga bien definidos los conceptos de lateralidad, espacio y tiempo, distancia, cantidad, volumen y peso. Algunos niños se presentan con esta única incapacidad (discalculia) lo que les hace muy difícil el aprendizaje de las matemáticas.

Una de las causas de problemas del aprendizaje es la incapacidad para atender y concentrarse. La atención es una de las funciones importantes del desarrollo del niño y que sirve para poner en evidencia ante los educadores la capacidad del alumno para atender labores académicas. En este sentido entran en juego una serie de factores que la condicionan como las capacidades perceptivas, la disposición para aprender (motivación), el estado anímico, el control de la motricidad, la madurez psicológica en relación a la edad cronológica, etc.

Con los adolescentes es necesario muchas veces identificar sus aspiraciones de tipo educativo y profesional. En muchos de ellos se dan dificultades académicas debido a estudio deficiente e insuficiente, pero además, los problemas que se presentan durante la adolescencia condicionan la inadaptación al medio escolar y el surgimiento de relaciones conflictivas con los docentes. Estos jóvenes también requieren de orientación y adiestramiento en técnicas de estudio además de la terapia dirigida a modificar sus actitudes y conductas inadaptadas.

Los casos que acostumbramos a referir a las maestras especializadas en educación especial y en trastornos del aprendizaje son:

- Los de niños preescolares que han tenido un apresto insuficiente o de quienes se sospecha que puedan presentar bajo rendimiento una vez llegados al primer grado de la primaria.

- Los que ya presentan dificultades para el aprendizaje de la lectura, la escritura o las matemáticas.
- Los que tienen problemas de coordinación psicomotriz que les predisponen a un aprendizaje deficiente.
- Los que tienen una capacidad cognoscitiva por debajo de lo normal (los que son diagnosticados de retardo mental son dirigidos al Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE) donde se les asigna al programa adecuado a sus necesidades).
- Los que tienen hábitos de estudio deficientes.
- Los que presentan sordera o ceguera que también se refieren a los programas que para ellos desarrolla el IPHE.
- Los que necesitan orientación vocacional porque no pueden seguir un bachillerato tradicional.

QUINTA SECCIÓN

Capítulo 16

LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Nos ocupamos ahora de diversos estados patológicos en los que predominan los síntomas emocionales como los trastornos afectivos y los que tienen por base la ansiedad o el miedo, pero que no producen una ruptura con el mundo real del individuo. Por eso los trastornos del humor como los estados maníacos o hipomaníacos, o los esquizoafectivos se tratarán el capítulo correspondiente a las psicosis.

A. LOS ESTADOS DEPRESIVOS

Sintomatología y diagnóstico.

Los estados o trastornos depresivos tienen como fundamento la disminución del ánimo o un humor triste. No obstante, su sintomatología es múltiple y no siempre igual de un paciente a otro. Los síntomas que pueden darse en un niño o adolescente deprimido varían dependiendo de la edad y del tipo de depresión. Todos los autores que escriben sobre depresiones en la edad pediátrica y los clínicos en general mencionan como síntomas comunes en los estados depresivos la tristeza, la falta de energía y la abulia, la tendencia al llanto fácil, la auto depreciación y baja autoestima, la pérdida de interés por la vida que puede acompañarse a menudo de ideas o intentos de suicidio, el aislamiento social, el pesimismo o las preocupaciones sobre posibles situaciones adversas, sentimientos de culpa, de soledad o de rechazo, disminución del rendimiento escolar, movimientos lentos o en otras ocasiones inquietud motora, irritabilidad y conductas explosivas, pérdida de apetito y de peso, dolores de cabeza o de vientre, alteraciones de la motilidad intestinal, alteraciones del sueño(insomnio o somnolencia, pesadillas, sueño inquieto), otras quejas somáticas como dolores corporales vagos, caída del cabello y alteraciones del ciclo menstrual en las

adolescentes y trastornos de la conducta social(vagabundeo, fugas de casa o de la escuela, delincuencia, etc.).

La CIE-10 define las depresiones como situaciones de pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Nuestro criterio es que las depresiones pueden presentarse de cuatro maneras según el tipo de síntomas que predominan.

1. Las depresiones puras en las cuales los síntomas son predominantemente los derivados del ánimo abatido: tristeza, llanto, somnolencia, abulia pérdida de intereses, auto depreciación, deseos de aislarse y pérdida de apetito.
2. Las depresiones acompañadas de ansiedad en las que el paciente manifiesta inquietud, insomnio, necesidad imperiosa de comunicar sus preocupaciones, sentimientos de culpa y quejas somáticas.
3. Las depresiones que además de presentar algunos síntomas de los dos grupos anteriores se manifiestan con frecuencia trastornos importantes de la conducta como agresividad, fugas, consumo de drogas, conductas peligrosas(conducir a velocidad, manipular armas, etc.).
4. Las depresiones que se acompañan de síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones y que generalmente tienen un carácter acusatorio y de depreciación. Este último grupo no es común en la niñez y en la adolescencia menos que en los adultos. Cuando sucede de esta manera, los síntomas depresivos predominan sobre los psicóticos mejorando éstos cuando remiten los primeros.

Las depresiones van de muy graves a leves dependiendo de la intensidad de sus síntomas y su impacto en la vida del paciente como se especificó al exponer el criterio cuantitativo en el capítulo de la nosología y clasificaciones. En las graves es cuando aumenta la probabilidad de actos de suicidios premeditados o impulsivos y cuando más frecuente es la aparición de síntomas psicóticos.

El diagnóstico deberá hacerse cuando:

1. Se presentan tres o más síntomas antes descritos como los relacionados con el trastorno del ánimo acompañados o no de otros síntomas somáticos, psicóticos, de trastornos conductuales o del rendimiento escolar.

2. Los Síntomas tienen intensidad suficiente como para afectar de alguna manera la vida del paciente aunque sea de forma leve.

3. Los síntomas no son debidos a fármacos que el paciente toma por alguna enfermedad física u otra enfermedad mental.

4. La sintomatología tiene un tiempo mínimo de duración (no menor de dos semanas según la CIE-10).

Los síntomas se estudian mediante historia clínica, observación de las actitudes y conductas del paciente durante las entrevistas, escalas autoevaluativas de depresión y

autoestima, y la información que proporcionan las evaluaciones psicológicas y las observaciones de los maestros. Además se deberán practicar exámenes básicos de laboratorio para descartar la posibilidad de una enfermedad física.

Diagnóstico diferencial

- Las situaciones anímicas fluctuantes o inestables propias de la adolescencia que no tienen la persistencia ni la intensidad de los síndromes depresivos. Suelen ser cambios de humor de pocas horas a días.

- Estados de duelo por pérdida de algún familiar y que constituyen reacciones normales. No obstante, pueden en algunos casos prolongarse más de lo debido y convertirse en verdaderas depresiones.

- Reacciones de malhumor por frustraciones pasajeras (escolares, familiares o por dificultades entre pares) comunes en la niñez.

- Enfermedades físicas debilitantes o que disminuyen la capacidad de reacción del individuo como las infecciones virales, las hematopatías crónicas, el hipotiroidismo, la desnutrición, la hipotensión arterial, las patologías gastrointestinales que provocan gastralgias, diarreas, estreñimiento o falta de apetito, y las enfermedades neurológicas que cursan con cefaleas y alteraciones del sueño.

- Síntomas similares a los de una depresión por medicamentos (tranquilizantes, hipnóticos, anticonvulsivos y otros). En estos casos el inicio de los síntomas se da poco después de comenzar a tomar el medicamento.

- La neurastenia o estado de apatía neurótica que no se acompaña de otros síndromes depresivos.

- Las psicosis esquizofrénicas o las producidas por drogas que cursan con alucinaciones y delirios. Los síntomas depresivos en estos casos no se dan o aparecen en forma no predominante.

- Los estados de ansiedad que a diferencia de las depresiones con síntomas de ansiedad no cursan con manifestaciones de humor deprimido.

- Pérdida de peso y alteraciones somáticas de la anorexia nerviosa. Esta enfermedad puede no obstante asociarse a un estado depresivo cuando se cronifica.

- El aislamiento social y la falta de comunicación por mutismo selectivo. Estos niños cuando se encuentran en su medio familiar o entre amigos de su edad suelen mostrar un estado de humor normal.

Consecuencias

Las depresiones en niños y adolescentes influirán en la vida de éstos en mayor o menor grado, pero generalmente se producen situaciones de desajuste que pueden cronificarse. Las consecuencias más importantes en este sentido pueden ser:

- Disminución del rendimiento escolar que en los casos más graves puede llevar al individuo a repeticiones de grado o al abandono de sus estudios con la consecuencia que esto representa en su vida social y laboral posterior.
- Deterioro de las relaciones con los familiares, especialmente cuando éstos no logran comprender los motivos de ciertas conductas del joven y le responden con hostilidad.
- Pérdida de las amistades por un creciente aislamiento o por actitudes hostiles provocadas por los sentimientos negativos del depresivo.
- Abocarse a una conducta antisocial o delictiva como una forma de compensación de los sentimientos depresivos, y/o como una manera de responder a las figuras de autoridad por parte de las cuales se siente rechazado.
- Intentos de suicidio que algunas veces llegan a consumarse.
- Visión pesimista del mundo al cual se percibe como un medio hostil del cual hay que estarse siempre defendiendo.
- Incapacidad para el ejercicio sano y eficaz de los roles parentales una vez que se ha formado una familia si el individuo no ha podido superar sus depresiones y su personalidad se caracteriza fundamentalmente por una manera de actuar y de pensar depresiva.

Etiopatogenia

Para explicar la génesis de los estados depresivos del niño se han sugerido hipótesis basadas en modelos también diversos de concebir la patología mental. En relación a esto, se ha hablado de depresiones endógenas en las que parece existir una alteración en las funciones de algunos neurotransmisores a nivel del cerebro, y las exógenas o reactivas relacionadas con situaciones traumáticas. No obstante, parece más razonable pensar a la luz de los conocimientos modernos, que no se puede hacer una separación tajante de esta manera, y pensar más bien que existe una estrecha interrelación entre predisposición genética, disfunción de los neurotransmisores y los estímulos que la persona siente como adversos.

El modelo cognitivo descrito por Beck, Kovacs y otros, ha entusiasmado a muchos clínicos en las últimas décadas del siglo pasado y en la actualidad. Según este modelo existe una distorsión del pensamiento, de los esquemas mentales, que inducen en las personas un modo “depresivo” de pensar y juzgar la realidad. Este tipo de “estilo cognitivo” está relacionado en su génesis con una serie de eventos displacenteros o desafortunados que se van dando a través de la vida del individuo desde edades muy tempranas. Quienes piensan de esta manera distorsionada se conciben a sí mismos desde posiciones de baja autoestima y de incapacidad, y al mundo que les rodea de forma negativa y pesimista.

Por otra parte, el modelo conductual de las depresiones las atribuye a una baja tasa de refuerzos sociales positivos. Así, Ross definía al niño depresivo como “uno que emite una tasa de respuestas de evitación a una variedad de estímulos y que tiende a escapar de las situaciones sociales, y por tanto, a tener pocos amigos e intereses limitados. Su conducta es mantenida en una baja tasa de refuerzos positivos y exhiben típicamente crisis de llanto frecuentes, marcada sensibilidad a las críticas…”. En la misma orientación conductual, Lewinsohn lanzó la hipótesis de que la depresión es causada por una baja tasa de refuerzos positivos contingentes a las respuestas del

sujeto. Según esto, las deficiencias en las habilidades sociales son las mayores determinantes de una baja tasa de “resconposre” (response contigent positive reinforcement), y por tanto de la depresión. En esta hipótesis, asertividad y depresión varían inversamente.

En una línea cognitiva-conductual, otros han sugerido que el estado depresivo se produce a través de un aprendizaje como resultado del cual, el sujeto llega a convencerse de que es incapaz de impedir el sufrimiento o de actuar para obtener gratificaciones. Los fracasos repetidos van reforzando esta creencia hasta llegar a un estado de desesperanza o desamparo aprendido.

Dentro del pensamiento psicoanalítico y utilizando el concepto de pérdida, Bowlby y Harris afirmaron que las pérdidas precoces y las relaciones madre-hijo tempranas que no llegan a producir en éste un sentimiento de seguridad, conducen al desarrollo de esquemas mentales negativos que lo predisponen a la depresión. Desde la perspectiva cognitiva podría llamarse a esta situación un estilo atribucional negativo.

Existe también un modelo sociológico que pretende explicar las depresiones como las consecuencias de la incapacidad para lograr ciertas metas sociales. Este último modelo nos parece que implica tanto el concepto de pérdida como el de falta de refuerzos positivos favoreciendo un modo cognitivo distorsionado.

En cuanto a las hipótesis biológicas, la incidencia mayor en unas familias más que en otras y entre gemelos monocigóticos más que en dicigóticos o en hermanos no gemelos, así como la mayor frecuencia de depresión en hijos de padres depresivos aunque hayan sido criados por otras personas, son datos que confirman el hecho de que existe una condición genética predisponente. La forma en que esta predisposición se traduce a nivel molecular es hipotéticamente una deficiencia de la actividad de las neuronas serotoninérgicas y noradrenérgicas que se proyectan desde el locus ceruleus y los núcleos del rafe respectivamente, o también una deficiencia de la actividad de ciertos procesos moleculares intermedios de la cadena de eventos que se producen desde la unión de los neurotransmisores hasta la activación de algunos genes de la neurona postsináptica en las vías antes mencionadas.

Estas alteraciones biomoleculares pueden originarse por estímulos estresantes o sin la acción aparente de éstos, lo que haría la diferencia entre una depresión de carácter primario y otra de carácter reactivo. En los niños y adolescentes jóvenes probablemente no se den depresiones puramente endógenas, sino que, como ya mencionamos, existe una interrelación entre vivencias estresantes (según lo perciba cada persona) y los cambios a nivel molecular. Otra posibilidad es que los eventos traumáticos que actúan de manera continuada o con más frecuencia produzcan cambios en la neurotransmisión también más importantes y duraderos. En jóvenes que no tienen la predisposición genética a sufrir de trastornos del humor o que tienen por el contrario, mayor resistencia a ellos, los estímulos que provocan depresión en los más propensos a ella no les afecte con la intensidad ni la duración suficientes como para sufrir de un síndrome depresivo, padeciendo en todo caso de una alteración pasajera del humor.

La depresión puede también ser una fase del llamado trastorno bipolar o psicosis maníaco-depresiva, que tienen una base genética indudable. Muchos de los adolescentes que hemos conocido con este trastorno lo inician por lo general con una

fase depresiva que puede derivar en pocos días o semanas en una cuadro clínico maníaco.

Entre las situaciones de la vida de un niño o adolescente que más frecuentemente pueden actuar como provocadoras de reacciones depresivas podemos citar:

1) Muerte de alguno de los padres (cuando la reacción de duelo se prolonga más de lo esperado).
2) Muerte de otro familiar o amigo muy cercano (igual que en el caso previo).
3) Rechazo (con o sin maltrato) por parte de los padres o quienes crían al niño.
4) Fracaso escolar continuado, especialmente cuando provoca rechazo y críticas de parte de los docentes y de los compañeros.
5) Abandono por parte de uno o ambos padres.
6) Enfermedades físicas limitantes y crónicas.
7) Malas condiciones socioeconómicas que afectan las expectativas y posibilidades materiales y sociales de los jóvenes.
8) Los eventos traumáticos menores que se repiten con frecuencia produciéndose estados depresivos en los sujetos predispuestos genéticamente y/o cognitivamente.
9) Rupturas abruptas con amigos íntimos o de noviazgo entre los adolescentes.
10) Una percepción negativa de la imagen corporal en personas con obesidad, delgadez extrema, anomalías físicas congénitas o adquiridas(con lesiones faciales o en otras partes del cuerpo por quemaduras o daños físicos por otros accidentes).
11) Las violaciones sexuales, sobre todo cuando han sido por parte de familiares como un padre, un hermano, un abuelo o un padre.
12) Malas relaciones entre los padres u otros miembros de la familia nuclear que producen estrés en el niño.

Evolución

Los estados depresivos se instauran progresivamente y su evolución dependerá en gran medida de si se aplica o no algún tipo de tratamiento. Sin tratamiento pueden prolongarse por meses o años si el paciente no comete suicidio. Cuando se dan síntomas depresivos aunque no en la intensidad y la continuidad propia de la depresión, pero se prolonga por años con oscilaciones del humor, esto es, con período relativo bienestar alternando con otros en los que la persona se siente con el ánimo disminuido, se dice que padece de distimia (gr. dys = dificultad, y thymos = humor). Según la CIE-10 es un trastorno del humor que generalmente se da en las primeros años de la vida adulta aunque en algunos casos puede iniciarse en la adolescencia, y lo equipara a términos como personalidad depresiva o neurosis depresiva ansiosa.

Incluso bajo tratamiento, las depresiones pueden evolucionar ya sea con remisión de síntomas, con recuperación total o con recaídas. Estas últimas se relacionan con tratamientos ineficaces ya sea por interrupción prematura de los mismos (por el médico o por iniciativa del paciente o de sus padres), por falta de respuesta al fármaco o por dosis insuficiente. Igualmente pueden recurrir cuando las condiciones que las provocan continúan actuando porque no se han podido modificar.

Tratamiento

Los objetivos a lograr con el tratamiento de las depresiones son:

- Mejorar o estabilizar el estado de ánimo del paciente.
- Modificar su estilo cognitivo para corregir los pensamientos negativos o distorsionados.
- Mejorar su auto estima y auto confianza.
- Conseguir la normalización de sus relaciones con el entorno (familiar y social).
- Superar las dificultades académicas que le haya podido ocasionar su estado depresivo.

Los métodos de tratamiento son variados pudiendo ser algunos de simultáneos. Estos métodos son:

- Medicación.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de grupo.
- Hospitalización.
- Terapia de familia.
- Ayuda pedagógica.

En cuanto a la medicación, obviamente se utilizan los antidepresivos, y en caso de las depresiones que forman parte de un trastorno bipolar, los estabilizadores del humor. En caso de tratarse de depresiones con marcado componente de ansiedad, se puede añadir al tratamiento un ansiolítico, aunque algunos de los nuevos antidepresivos tienen también acción sobre los síntomas de ansiedad. Se debe observar que en las depresiones de la edad pediátrica no siempre es necesario el uso de antidepresivos, los cuales tienen indicación cuando se trata de depresiones de moderadas a graves que no mejoran con las psicoterapias o con la eliminación o corrección de los factores estresantes.

En la actualidad, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o noradrenalina están desplazando a los tradicionales tricíclicos por presentar menos efectos secundarios y una dosificación más cómoda(una o dos veces al día). El tratamiento con antidepresivos dependerá en parte del tipo de depresión y de la experiencia previa del paciente y del médico tratante con tales fármacos. Ya mencionamos en el capítulo de los medicamentos las precauciones que se deben tomar antes de recetarlos y las características de cada uno de ellos. El tiempo de tratamiento debe durar mucho más allá de la remisión completa de los síntomas para evitar recaídas o la recurrencia de nuevos episodios. En Psiquiatría de adultos se tiene hoy día la tendencia de administrar los antidepresivos indefinidamente sobre todo en personas que han tenido episodios graves o recurrentes. En Psiquiatría de niños y adolescentes no suele ser la costumbre, al menos en nuestro medio. Sin embargo, hay que advertir a los pacientes y a los familiares que una vez que se ha diagnosticado una depresión que requiere de medicación, ésta deberá tomarse por un tiempo largo sin interrupciones, practicando los controles médicos necesarios.

En cuanto a las dosis recomendadas para niños y adolescentes éstas serían las siguientes:

- Fluoxetina (Prozac): 5 a 40 mg/día.
- Paroxetina (Paxil): 20 a 40 mg/día.
- Sertralina (Altruline): 50 a 100 mg/día.
- Fluvoxamina (Luvox): 50 a 200 mg/día.
- Citalopram (Zentius): 20 a 40 mg/día.

Estos medicamentos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina no se utilizan por debajo de los 6 años de edad, aunque algunos autores han reportado el uso de fluoxetina en niños hasta de 4 años para el tratamiento del mutismo selectivo. Las dosis se da completa una vez al día o repartida en dos partes(mañana y noche). La dosificación con estos fármacos no se ha establecido aún en base a cantidad de miligramos por kilogramos de peso y día. Los incrementos que haya que hacer se deberán instaurar en períodos semanales. Con los niños de menos edad (prepúberes) las dosis serán menores que en los adolescentes a menos que la gravedad del caso requiera aumentos posteriores.

Los medicamentos antidepresivos tricíclicos tienen una dosificación establecida que va de 1 a 5 mg/kg/día, aunque es recomendable, con la población infantil, no pasar de 2.5 mg/kg/día. La imipramina (Tofranil) es el más utilizado. Es un antidepresivo con efecto estimulante y poco sedativo. Puede ser útil cuando la depresión se acompaña de trastornos de la conducta o síndrome hiperquinético. La amitriptilina (Tryptanol) tiene contrariamente a la anterior, un efecto antidepresivo con más sedación y por eso es mejor administrarla en horas de la noche. Su uso en niños es muy limitado. La clorimipramina tiene utilidad cuando la depresión se acompaña de síntomas obsesivo-compulsivos. De todos modos, insistimos nuevamente en el hecho de que los nuevos antidepresivos unen a la acción antidepresiva, efectos sobre la ansiedad, sobre los síntomas obsesivo-compulsivos y en algunos casos, sobre los trastornos de la conducta y del síndrome de hiperactividad con déficit de atención. En este último caso, tiene especial interés el antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina como la reboxetina (Edronax) que en menores puede utilizarse en dosis que van de 2 a 4 mg. al día.

La psicoterapia individual con niños por debajo de 6 o 7 años es preferiblemente de tipo lúdico (a base de juego) y de reforzamientos positivos. Con niños mayores de esas edades se puede trabajar en base a psicoterapia cognitiva y cognitiva-conductual. Con los adolescentes se puede incluir la psicoterapia de grupo aunque no es recomendable durante las primeras etapas de una depresión intensa. El seguimiento del paciente en psicoterapia dependerá de la intensidad de la depresión, siendo aconsejable en las más graves visitas al terapeuta dos veces por semana inicialmente, una vez por semana cuando haya logrado cierto grado de remisión de síntomas, y finalmente controles cada quince días al lograrse la recuperación y mientras esté tomando medicación. Los casos moderados y leves pueden iniciar con terapias semanales que se irán espaciando a medida que se va logrando la mejoría.

La terapia de grupo puede ayudar al paciente a reintegrarse socialmente y estableciendo nuevos vínculos con otros pacientes y a percibir su depresión como algo que le sucede a otras personas y puede ser superada.

La hospitalización, en una sala o centro de internamiento para menores con trastornos mentales solamente se debe hacer cuando:

- Se ha dado un intento de suicidio o existe la posibilidad de que se dé.
- Cuando se hace imperioso separar al paciente de su medio ambiente familiar.
- Cuando necesitamos tener la seguridad de que tome los medicamentos
- Para hacer psicoterapia individual intensiva y terapia de tipo ocupacional.

La hospitalización podrá en ciertos casos hacerse de modo parcial, durante las horas del día regresando el paciente a su casa a finales de la tarde, lo que se conoce como "hospital de día".

La terapia de familia estaría indicada cuando la depresión del paciente es reactiva a situaciones familiares anómalas (maltrato físico o emocional, malas relaciones con y entre padres o hermanos, utilización de la enfermedad del niño o adolescente para evadir la resolución de otros problemas, etc.). Habrá casos en los que solamente será necesaria una orientación a los familiares sobre la depresión del paciente y la manera adecuada de afrontarla. Esta orientación debe ir paralela a la atención individual de aquél.

La ayuda pedagógica en los casos de niños que se han atrasado en sus estudios o no logran la concentración debida mientras están bajo los efectos de su depresión, tiene más utilidad después de que se han pasado la fase más aguda o crítica de la misma, y se puede realizar en su casa para posteriormente irlo incorporando a sus estudios en la escuela, o directamente en ésta con un plan de adecuación o por módulos hasta que el paciente este en capacidad de seguir el plan de estudios en forma normal.

Recapitulando - y a modo de ejemplo para las patologías que se tratarán más adelante -, según los criterios que se propusieron en el capítulo de nosología psiquiátrica, las depresiones pueden describirse de de la siguiente manera:

1. Síntomas que la caracterizan en un determinado paciente y que indicaron el diagnóstico (criterio cualitativo).
2. Intensidad de la depresión: leve, moderada o grave según la intensidad de los síntomas y sus efectos en la vida del paciente (criterio cuantitativo).
3. Modo de inicio en el tiempo y evolución: remisión, recuperación, recurrencias, cronificación como estado depresivo continuo o como distimia (criterio temporal).
4. Causa o factores precipitantes: de carácter más endógeno que exógeno (genético o familiar), o por causas predominantemente externas o vivenciales (criterio etiológico).

B. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA.(NEUROSIS DE ANSIEDAD)

Síntomas y diagnóstico.

Groen definió la ansiedad como una emoción desagradable característica, inducida por la anticipación de un peligro o frustración y que amenaza la seguridad, homeostasis o vida del individuo o del grupo biosocial al que pertenece la persona. Y Backwin la consideraba como anormal cuando su frecuencia e intensidad son tales que dificultan el funcionamiento normal de una persona. Se ha querido separar la ansiedad

de la angustia pero no creemos que tenga interés práctico tal diferenciación. En este sentido admitimos con Alonso Fernández que entre ambas existen diferencias de matiz: la angustia es más visceral y física, cursando con inhibición y sobrecogimiento en el plano motor; la ansiedad es más psíquica y se manifiesta más con inquietud y sobresalto.

En los niños podemos distinguir un estado de ansiedad subclínico, más o menos permanente, constitucional, y que forma parte del temperamento y estilo de vida del sujeto, y los estados de ansiedad francamente patológicos que pueden presentarse en forma de crisis, o como situaciones anormales más duraderas que pueden tener un carácter generalizado, o concretarse en formas patológicas definidas como las fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos y otros. Aquí nos ocupamos de las formas de ansiedad generalizada, o angustia flotante, que equivalen a lo que en lenguaje popular se conoce como niño o persona nerviosa.

Las personas que padecen de ansiedad generalizada suelen estar en constante estado de expectación o aprehensión, adelantándose mentalmente a posibles acontecimientos negativos o adversos que muchas veces no llegan a suceder. Estos estados pueden confundirse fácilmente con enfermedades orgánicas especialmente las que se presentan con síntomas viscerales. Entre los numerosos síntomas con que se pueden manifestar los estados de ansiedad están los síntomas cardíacos como dolor precordial, taquicardia y palpitaciones; síntomas respiratorios como sensación de falta de aire, taquipnea o respiración irregular; digestivos como dolor de estómago, náuseas, diarreas, estreñimiento, meteorismo, hiporexia o hiperfagia; circulatorios como hipotensión, hormigueo o rubor; urinarios como polaquiuria y enuresis; sensoriales como hiperestesias, parestesias, cefaleas, dolores vagos en diferentes partes del cuerpo, prurito; motrices como tics, agitación, inquietud, espasmos o tensión musculares, movimientos estereotipados, tamborileo con los dedos; del lenguaje y el habla como tartamudez, mutismo, verborrea o locuacidad; del sueño como insomnio, pesadillas, terror nocturno, sueño no reparador; y otros también frecuentes como mareos, miedos, cansancio, irritabilidad dificultades de concentración y memoria.

El diagnóstico correcto dependerá de los siguientes factores:

- Ausencia de patologías físicas o de consumo de sustancias (fármacos o no) que justifiquen los síntomas presentes.
- Conocimiento del comportamiento previo del paciente y de sus hábitos de vida.
- Conocimiento de su ambiente y de posibles factores ansiógenos.
- Valoración del elemento psíquico en el cuadro sindrómico actual.
- Predominio de datos semiológicos de ansiedad sobre otras formas psicopatológicas.

La CIE-10 da como requisitos para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada el hecho de que el paciente debe tener síntomas de excesiva ansiedad y/o preocupación la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas, y generalmente durante varios meses. Los síntomas deben incluir:

a) aprehensión.
b) tensión muscular.
c) fatiga o cansancio.
d) irritabilidad.

e) alteraciones del sueño.

Se han diseñado algunas escalas como complemento diagnóstico de los estados de ansiedad como la “Children Manifest Anxiety Scale” de Castañeda (1956) y la “State-Trait Anxiety Scale” de Spielberger. Según Werry la primera es una escala válida aunque no homogénea en el sentido de que mezcla al menos tres tipos de ansiedad: hipersensibilidad (ansiedad percibida a través de lo cognitivo), ansiedad somática y de concentración alterada. La segunda trata de medir por separado el estado actual de ansiedad y la tendencia a generar ansiedad como una dimensión estable de la personalidad. En nuestro Servicio estamos desarrollando una investigación con la Escala de ansiedad para niños y adolescentes la cual consta de 20 ítems.

Durante la aplicación de otras pruebas psicológicas descritas en el capítulo dedicado a ellas, también se pueden detectar síntomas de ansiedad en los pacientes aunque no sean pruebas específicas en ese sentido como lo son las de capacidad intelectual, de habilidades visomotoras y otras. Igualmente, la información suministrada por los maestros y profesores acerca del comportamiento del niño ante situaciones de estrés normales como exámenes o hablar ante el grupo puede ayudar a confirmar el diagnóstico.

Los pacientes que presentan síntomas de estados de ansiedad pueden tener también otras formas de ansiedad como las fobias, la ansiedad de separación, las crisis de pánico o los estados obsesivo-compulsivos. En este último caso, el predominio de los síntomas obsesivo-compulsivos sobre los demás da preeminencia a este diagnóstico por encima del de ansiedad generalizada. En el caso de las otras formas de ansiedad como las ya citadas, los diagnósticos pueden ir juntos, es decir, una paciente puede tener un diagnóstico de ansiedad generalizada y otro de una fobia específica por ejemplo. También es frecuente que exista comorbilidad con la depresión dándose así cuadros de estados ansioso-depresivos o mixtos.

Consecuencias

El constante estado de aprehensión en el que viven los pacientes con este trastorno emocional puede limitar sus posibilidades y logros de manera significativa a nivel escolar, deportivo y social, pero además la ansiedad tan elevada puede precipitar o agravar patologías físicas, especialmente gastrointestinales y cardiovasculares. No se quiere decir con esto que sean las causas primarias de estas enfermedades, pero si factores coadyuvantes en su aparición o empeoramiento.

Etiopatogenia

Los estudios hechos en familias y especialmente con parejas de gemelos indican que existe una base genética importante en los trastornos de ansiedad como en muchas otras patologías psiquiátricas. Pero la genética no da un explicación de cómo se adquieren, se refuerzan y se mantienen los síntomas, únicamente nos proporciona el fundamento biológico predisponente sin el cual una persona no llega a padecer de unas formas patológicas determinadas y sí de otras.

Freud explicaba la génesis de la ansiedad por conflictos inconscientes o impulsos de deseos inaceptables. La ansiedad produce la represión y los síntomas tratan de reducir esa ansiedad que puede, a su vez, ser “objetiva” o “neurótica”. Según esto pareciera

que la ansiedad es una representación mental que los síntomas, que solemos llamar de ansiedad, tratan de conjurar. Bowlby y Robertson encontraban la causa de la ansiedad en la ruptura de la unión madre-hijo, mientras que para Wolpe la ansiedad difusa se condiciona en circunstancias mal definidas, en presencia de estímulos "flotantes" mal percibidos; su intensidad inicial ha podido ser tan alta que se hayan visto implicados numerosos estímulos en el condicionamiento, los cuales continúan provocando, juntos o aislados, la aparición ulterior de la angustia. Puede ser que junto a este tipo de condicionamiento adquiera importancia posteriormente el estilo cognitivo del individuo, lo que lleva a ese estado permanente de aprehensión o de temor a eventos futuros. Esta forma de pensar y el estilo conductual del ansioso conducen a un círculo vicioso que refuerza su estado emocional anormal.

Hechos que tienen influencia en el desarrollo de la ansiedad en el niño son:

1. La sobreprotección parental durante su crianza.
2. Experiencias ansiógenas muy traumáticas o que sin ser tan intensas, sin embargo actúan durante tiempo prolongado.
3. Padres ansiosos que comunican a sus hijos sus modos de pensar y de actuar ante el mundo.
4. Enfermedades o defectos físicos que ocasionan sentimientos de insuficiencia o de incapacidad para afrontar la vida y sus retos.

Evolución

El curso que puedan seguir los estados de ansiedad son variables. Generalmente, con el proceso de maduración mental, el niño ansioso puede ir atenuando sus síntomas y mejorando su autoconfianza, pero existen casos que pueden evolucionar hacia una cronicidad formando posteriormente una personalidad ansiosa, o sufrir en la vida adulta de crisis de ansiedad o de pánico así como de otras formas clínicas de ansiedad. Influirá en el pronóstico el tipo de ambiente en el que viva el paciente, las experiencias satisfactorias o negativas que haya experimentado durante sus años de crecimiento y de la ayuda psicológica que haya podido recibir en ese tiempo.

Tratamiento

Las bases del tratamiento de los niños con estados de ansiedad generalizada pueden resumirse así:

- Psicoterapia individual por medio de una relación paciente-terapeuta que genere seguridad, tranquilidad y confianza. Se deben establecer con el paciente metas claras a conseguir y permitirle expresarse abiertamente sobre las cosas que lo atemorizan o preocupan. Se debe analizar con él sus modos de pensar y de reaccionar ante las situaciones que le generan ansiedad, y proponerle cambios progresivos en ambos aspectos (estilo cognitivo y estilo conductual).

- Acción sobre el ambiente: El tratamiento del niño ansioso implica necesariamente la intervención sobre el medio familiar para modificar hábitos y actitudes que refuerzan la ansiedad de aquél. En ocasiones será necesario trabajar con la escuela para evitar situaciones de presión y actitudes de los docentes que puedan desencadenar crisis de ansiedad o favorecer el mantenimiento de un estado de ansiedad crónico en nuestro paciente. El niño

con tendencia a las crisis de ansiedad debe sentir un ambiente de seguridad y confianza, de apoyo y estímulos que le permitan vencer su estado de temor e inseguridad. No es infrecuente que alguno de los padres requiera también de tratamiento psiquiátrico por ser una persona muy ansiosa. En otros casos se deberá corregir situaciones de índole familiar que causan inquietud e temores en los niños como son las tensiones maritales, estilos de crianza y educación que impiden el normal desarrollo de independencia los hijos, o por el contrario, que los cargan con exceso de responsabilidades a edades en las que no pueden afrontarlas sin verse afectados por el miedo y la la sensación de incapacidad.

- ❖ La relajación corporal en cualquiera de sus diferentes versiones existentes puede resultar útil para enseñar al niño a aliviar los estados tensionales.

- ❖ Administración de fármacos. El uso de medicamentos para aliviar la ansiedad debe ser una decisión a tomar después de considerar algunos aspectos como:

  - si se trata de una ansiedad dentro de límites aceptables, como una manifestación de un temperamento o personalidad aprehensiva que podría beneficiarse más bien de una serie de recomendaciones sobre sus hábitos de vida;
  - del grado de intensidad y/o frecuencia de los síntomas si se trata de una ansiedad ya en dentro de lo patológico;
  - otras condiciones que puedan acompañar al estado de ansiedad como una depresión, una fobia intensa, etc.;
  - la edad del paciente;
  - la forma o cuadro sindrómico como se presente la ansiedad;
  - actitud de los padres o del mismo paciente hacia el uso de psicofármacos;
  - posibles contraindicaciones o interacciones con otros medicamentos que tome el paciente;
  - accesibilidad de la familia a los distintos psicofármacos que se puedan utilizar;

Los medicamentos a utilizar en estos casos son los ansiolíticos y los sedativos tales como:

- Diazepam: desde 2 hasta 30 mg/día en repartidas en dos, tres o cuatro dosis. Los pacientes adolescentes hospitalizados pueden recibir dosis mayores según la gravedad de la ansiedad (hasta 60 u 80 mg/día). En casos de crisis fuertes de ansiedad, una inyección im. de 5 a 10 mg según la edad puede ser de utilidad para calmar al paciente. Este es el ansiolítico más recetado, al menos en nuestro medio, para el tratamiento de niños ansiosos y de adolescentes en régimen de internamiento.

- Clordiazepóxido: 5 a 30 mg/día en dos o tres tomas.

- Alprazolam: de 0.25 a 0.5 mg una o dos veces al día, o 0.003 a 0.04 mg/kg/día. Los incrementos en las dosis deberán hacerse cada tercer día hasta llegar a la

dosis requerida. Por lo general no lo recetamos a pacientes menores de 10 años.

- Clobazam: de 10 a 20 mg/día en una o dos dosis.

- Bromazepam: entre 1.5 y 6 mg/día en una, dos o tres dosis.

- Lorazepam: de uso más común en casos de crisis intensas de ansiedad y en pacientes adolescentes.

- Hidroxizina: se utiliza a menudo en Psiquiatría de la infancia para casos de niños con ansiedad leve asociada a trastornos del sueño y alteraciones menores de la conducta. Los trastornos psicosomáticos que se acompañan de ansiedad son también indicaciones de la hidroxizina por lo que es ampliamente utilizada por pediatras alergólogos y dermatólogos.

- Difenhidramina: tiene indicaciones muy parecidas a las de la Hidroxizina en los casos de niños pequeños o también de pacientes retardados. Su dosis varía entre 2 y 10 mg/kg/día.

- Passiflora: de 5 a 30 ml diarios en tres o cuatro tomas. Aunque de sabor un tanto amargo, este medicamento de origen vegetal nos ha dado buenos resultados para el tratamiento de niños pequeños y escolares con síntomas leves a moderados de ansiedad, tiene efectos secundarios poco frecuentes aunque uno de ellos es de tipo paradójico, es decir, que algunos niños muestran desasosiego al ingerirlo por lo que las madres se lo retiran.

El tratamiento con medicación deberá ser estrictamente vigilado para que los padres no se excedan en las dosis y la retirada del fármaco, especialmente en el caso de las benzodiacepinas tiene que ser gradual. No se acostumbra a administrar estos últimos por períodos prolongados (más de 6 a 8 semanas) por el peligro de crear hábito. Las dosis mayores deben darse en horas de la noche para evitar somnolencia durante el día.

C. LAS FOBIAS

Síntomas y diagnóstico.

Las fobias son trastornos emocionales en los cuales existe un miedo de intensidad anormal a ciertos objetos, seres o situaciones específicas que normalmente no producen ese efecto (Marks). El elemento esencial de la fobia es la ansiedad pero una ansiedad centrada en cosas muy concretas. La CIE-10 se refiere a las fobias como indistinguibles subjetiva, fisiológica y conductualmente de otros tipos de ansiedad, y adopta el criterio de que las situaciones u objetos fóbicos son externos al paciente.

El comportamiento del niño fóbico se caracteriza por conductas de evitación y huída con componentes psicofísicos como palpitaciones, sudoración, temor a ser atacado o a morir, llanto o gritos, respiración agitada y agitación psicomotora. Las reacciones de miedo pueden darse incluso por ver el objeto fóbico representado en una lámina o verlo desde lejos.

Existen múltiples clases de fobias siendo las más comunes:

- ❖ Fobia escolar: en este tipo de fobia, más común en los primeros años de la experiencia escolar, el niño se resiste a ir a la escuela desde que se levanta en las mañanas o desde que se está vistiendo para salir hacia ella. Otras veces sale algo nerviosos de su casa pero al momento de bajarse del transporte o del auto de los padres, o al llegar a la puerta del aula, hace una crisis de agitación, gritos, llanto, pataletas y agresión incontrolable. Y si de alguna manera se logra que se quede en el aula, puede pasarse varias horas llorando y aislado sin querer trabajar ni hablar.
- ❖ Fobia social: se trata de una situación de temor a las críticas de los demás; hay una intensa susceptibilidad a los juicios negativos que la conducta de la persona pueda causar en los otros. Por tal razón el individuo evita situaciones como hablar en público, ir a fiestas o reuniones, acercarse a grupos en los recreos escolares, dar lecciones delante del grupo, ir a lugares públicos o comer en restaurantes donde teme que las personas lo vean y comenten sobre él.
- ❖ Fobias a animales (zoofobia)
- ❖ Fobia a espacios cerrados (claustrofobia)
- ❖ Fobia a espacios abiertos (agorafobia)
- ❖ Fobia a las alturas (acrofobia)
- ❖ Fobia a los gérmenes o a la contaminación (mysofobia)
- ❖ Fobia a la sangre (hematofobia)
- ❖ Fobia a la oscuridad (nictofobia)

El diagnóstico de las fobias no es difícil de hacer pues se hace muy evidente con la conducta de miedo irracional, de evitación y de huída, que exhibe la persona ante el objeto fóbico. Puede ser una fobia de origen reciente o tener varios años de duración.

Diagnóstico diferencial

- Miedos normales de la infancia que normalmente se superan a medida que el niño va madurando.
- Miedos comunes a todas las personas ante objetos o situaciones de peligro real. Estos se consideran miedos o temores racionales o justificados.
- Miedos originados por situaciones de origen interno o subjetivo como la idea de tener una enfermedad cuando no se tiene (hipocondría) o tener un defecto corporal que tampoco se tiene o si se tiene se exagera (dismorfofobia).
- Crisis de pánico que se dan sin necesidad de la presencia de un objeto fóbico, aunque se asocian muchas veces con agorafobia.
- Enfermedades físicas que pueden causar crisis de ansiedad pero que no se relacionan con objetos fóbicos (prolapso de válvula mitral, hipertiroidismo).
- Ansiedad de separación en los casos de posible fobia escolar. En estos casos el miedo no es a la escuela sino a la separación de los padres o de otras figuras familiares cercanas con las que convive el niño.
- Los estados depresivos que al aislar a la persona pueden confundirse con una fobia social o escolar.
- La timidez como rasgo temperamental que no llega a tener la intensidad suficiente como para provocar reacciones de huída o de evitación como las de

una fobia social. No obstante, el tímido tiene tendencia a evitar situaciones en las que no se siente seguro.

Consecuencias

Cuando se tiene fobias como la social, la escolar o a lugares, animales u objetos comunes, la vida del paciente pude quedar muy limitada pudiendo darse:

- Abandono de la escuela y fracaso académico.
- Aislamiento social que puede llegar al extremo de no querer salir de la casa, o a evitar visitas a casas donde hay animales a los que se tiene fobia.
- Impedimento para someterse a exámenes médicos como en el caso de la hematofobia o la fobia a los médicos (más frecuente en niños pequeños).
- No poder utilizar ascensores, viajar en aviones o en automóviles como en la claustrofobia.
- Impedimento para acceder a lugares altos por medio de las escaleras por temor a las alturas.
- Posibilidad de desarrollar un estado depresivo por las limitaciones que imponen algunas fobias muy intensas.

Etiopatogenia.

Según el modelo conductista, las fobias son respuestas de ansiedad condicionadas ante un objeto o situación-estímulo determinada. Cuando una persona tiene una reacción de miedo intenso provocada por una situación, animal, objeto, lugar u otra persona, se seguirá produciendo esa misma reacción las veces que se encuentre en esa situación o con lo que la produjo la primera vez. Solamente pensar en ello le provoca ansiedad y enfrentar la situación o el estímulo aversivo o fóbico se la agrava pudiendo llegar a verdaderos estados de pánico. Las conductas de huída y de evitación que exhiben los sujetos fóbicos se refuerzan debido a que disminuyen o la ansiedad y el miedo que les causan aquellas situaciones, objetos o seres a los que tienen fobia. Podríamos decir que se aprende a evitar lo que causa el miedo. Así, el que tiene fobia a las alturas se alejará siempre de los balcones o de las ventanas o evitará subir a cualquiera lugar elevado donde no se sienta tranquilo. Quien tiene miedo a los perros, no visitará amigos en cuyas casas tienen uno, y quien tiene miedo a ir a la escuela pondrá todo tipo de excusas para quedarse en casa.

Las fobias generalmente se adquieren mediante experiencias personales en las que la misma persona se ha sentido en peligro directamente, pero también puede darse el caso de que se produzcan en forma indirecta, es decir, presenciando en vivo o en una filmación, una situación atemorizante o ansiógena vivida por otra persona, p.ej., si ve como un perro ataca y muerde a otro niño, o si ve como un maestro agrede verbal o físicamente a otro alumno, etc. Esta forma de originarse las fobias es más común en niños que en adolescentes o adultos.

Se debe considerar también un factor de predisposición genética, no a la fobia per se, sino a la ansiedad. Todos los pacientes fóbicos son más predispuestos a sufrir de otras formas de ansiedad que quienes no lo son, o tienen con más frecuencia familiares ansiosos. La fobia social además puede desarrollarse con más facilidad en personas muy introvertidas e inseguras. Los niños que han tenido mutismo selectivo con frecuencia desarrollan fobia social posteriormente.

En los casos de fobia escolar hemos observado que los niños que la padecen suelen ser muy ansiosos, susceptibles, muy temerosos del fracaso y de la crítica de los padres o de los maestros y con baja tolerancia a la frustración. Muy frecuentemente son niños sobreprotegidos en sus hogares. La fobia a la escuela en realidad no tienen siempre la misma causa, ya que puede surgir de vivencias negativas diferentes. Pueden relacionarse con una mala experiencia con otro alumno, con un determinado maestro, con situaciones que ha sentido como humillantes o amenazantes(exámenes, ejercicios físicos que no puede hacer bien, burlas de la clase.), fracaso en alguna prueba, la tensión constante de tener que rendir al máximo, etc.

Tratamiento

El tratamiento de las fobias en los niños implica los siguientes pasos:

- Conocimiento de las influencias ambientales a las que ha estado sometido.
- Conocimiento de sus antecedentes personales, familiares y estilo temperamental.
- Análisis de la conducta fóbica y clarificación del estímulo o situaciones estímulos fobógenas. Según Miller esto conlleva también la identificación de los estímulos precipitantes, de los factores reforzantes y de la posibilidad de actuar sobre ellos.
- Tratamiento de la ansiedad con fármacos ansiolíticos. En los casos de fobia escolar también se ha estado utilizando los antidepresivos tricíclicos, especialmente la imipramina, y actualmente algunos médicos utilizan también los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en los casos de fobia social, especialmente la paroxetina y la sertralina.
- Desensibilización al estímulo que provoca la fobia.
- Confrontación con el estímulo fobógeno. Rutter explica que este tipo de tratamiento debe hacerse en el marco de una relación terapéutica de apoyo para que el niño pueda afrontar la situación temida.
- Psicoterapia cognitiva para ayudar al paciente a pensar en forma diferente en relación a lo que teme.

- Orientación a familiares sobre cómo manejar la fobia del niño y no agravarla.
- En casos de fobia escolar trabajar con los psicólogos escolares y los maestros para que colaboren con la metodología de tratamiento que se propone. El niño que tiene esta fobia no debe quedarse en su casa pues es precisamente esta conducta de evitación la que refuerza su incapacidad para afrontar nuevamente la vida escolar. Si no se puede lograr que se quede toda la jornada, se podrá ir incorporando progresivamente. Rara vez se logra la solución del problema con un cambio de escuela o de salón.

Entre los métodos de desensibilización están:

- La inhibición recíproca: el estímulo fobógeno es aparejado con estímulos que reducen la ansiedad.
- Moldeamiento: aproximaciones sucesivas.
- Desensibilización imaginaria o no en vivo.
- Desensibilización mediante modelos en vivo o mediante películas.

- Utilización de programas de realidad virtual (que se ha iniciado recientemente) en las que el paciente confronta la situación temida en forma similar a la real.

D. LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS (TOC) (NEUROSIS OBSESIVA)

Síntomas y diagnóstico.

Se define a estos trastornos como caracterizados por pensamientos o imágenes mentales que irrumpen reiteradamente y con un contenido desagradable o carente de sentido, y por actos o rituales que también se repiten constantemente y que carecen de utilidad para el paciente. Ambos, los pensamientos obsesivos y los actos compulsivos, son ego distónicos, es decir, incómodos para la persona que los padece y que no logra resistirse a ellos. En unos casos pueden predominar las obsesiones y en otros las compulsiones, pero generalmente se asocian. Miller describía las obsesiones como pensamientos persistentes que pueden ser palabras, números, ideas, cadenas de pensamientos, imágenes o afectos. Las compulsiones son repetitivas y estereotipadas y a menudo actos triviales como tocar, oler, probar, sentir los objetos, lavarse, andar de una cierta manera, rituales con las manos u otras partes del cuerpo. Es muy común la tendencia a ser inflexible con el orden de los objetos y algunos pacientes sufren mucho si están ante algún objeto colocado de una manera desordenada o no simétrica.

También es frecuente la obsesión por confirmar si las puertas, las ventanas, los armarios, los llaves de gas o de agua han quedado bien cerradas y el paciente puede volverse varias veces para verificarlo. Los rituales de limpieza pueden ser muy detallados y demorados pudiendo una persona quedarse horas bajo una ducha o lavarse las manos decenas de veces por temor a no haberlo hecho bien. Otra conducta obsesiva típica es la de tener que repetir un rezo o un párrafo que se está estudiando si se ha cometido algún error por leve que sea. En otros casos, los siente un impulso muy intenso a contar cosas (baldosas, líneas, número de recuadros en una ventana, número de botones de los vestidos que llevan las personas, lo que se conoce como aritmomanía (gr. aritmós = número y manía = locura).

Existen una gran variedad de pensamientos obsesivos y muchos veces son de un contenido tan repugnante para el paciente que le producen mucha angustia y temor. Unas veces serán pensamientos de que se es homosexual, o de que se desea la muerte de uno de los familiares o de un amigo, o ideas obscenas acerca de sus padres o de Dios, u otro tipo de ideas o imágenes contrarias a los sentimientos reales del paciente y que lo mortifican hasta el punto de poder caer en estados depresivos al no poder lograr rechazarlas.

Las compulsiones aunque no tengan ningún beneficio para los pacientes, son una especie de ritual de conjuro de posibles males que pudieran acaecerle si no los ejecutan, y el reprimirlos les causa mucha ansiedad. En una ocasión tuvimos un caso de una adolescente que si al entrar al baño de su casa veía la tapa del servicio abierta, tenía que lavarse varias veces las manos pues de lo contrario se contaminaría ya que al estar abierto el excusado, era como si ella hubiese metido las manos en su interior. Esta misma paciente tardaba más de dos horas para bañarse. Y en otro caso de un adolescente varón, uno de sus rituales consistía en cambiar el paso cuando andaba por la calle si veía venir a otra persona en dirección contraria, ya que de no hacerlo él

imaginaba que sucederían cosas desagradables a sus familiares. La compulsión tiene como vemos características de conducta supersticiosa.

Los niños obsesivo-compulsivos han sido descritos como escrupulosos, tímidos y pedantes, aferrados a un orden minucioso y a la simetría precisa; son niños que hacen sus deberes una y otra vez, que constantemente dudan de su rendimiento escolar, que se preocupan en exceso de su conducta comparándola con la de los demás, con tendencia a eludir a los amigos y al aislamiento (Kanner). También se les han atribuido características como sentimientos de culpa, código moral rígido, vida de fantasía activa, entrenamiento de esfínteres punitivo, posible psicosis, fobias y capacidad intelectual por encima de la normal de la población (Adams).

Se sugiere en la CIE-10 como pauta diagnóstica que los síntomas obsesivo-compulsivos estén presentes y ser una fuente importante de angustia o de interferencia con las actividades durante la mayoría de los días al menos por dos semanas sucesivas, y los síntomas deben tener las siguientes características:

a. Ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios del individuo.
b. Existir una resistencia sin éxito a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el paciente ya no se resista;
c. La idea de llevar a cabo el acto no debe ser en sí misma placentera (el simple alivio de la ansiedad o la tensión no debe considerarse como placentero en este sentido);
d. Los pensamientos, imágenes e impulsos deben ser reiterados y molestos.

Diagnóstico diferencial

Debemos diferencias estos trastornos de otros que en alguna medida pueden parecérseles aunque en realidad, su diagnóstico no ofrece mayor dificultad debido a la índole tan clara de sus síntomas. Los trastornos que podrían en alguna manera confundirse con ellos en una primera etapa de su evolución son:

- Algunos cuadros psicóticos con conductas ritualísticas o repetitivas como en las esquizofrenias.
- El autismo infantil y el síndrome de Asperger en el que también se presentan conductas estereotipadas e intereses restringidos. En estos casos los pacientes no muestran angustia o sufrimiento por tales conductas que tampoco tienen un carácter de imposición.
- El síndrome de Gilles de la Tourette que no obstante se asocia muchas veces con síntomas obsesivo-compulsivos. Se sospecha que ambas patologías están muy relacionadas en su patogenia. Puede haber comorbilidad y los síntomas del primero ser los predominantes en cuyo caso el diagnóstico le corresponde en primera instancia.
- Los estados depresivos que cursan a menudo con ideas intrusivas de contenido negativo o desagradable. También puede haber comorbilidad con el trastorno obsesivo-compulsivo pero si los síntomas de éste no son claros o son muy leves y predominan los de depresión, el diagnóstico corresponde a esta última entidad nosológica.
- Estados disociativos durante los cuales el paciente actúa en forma automática y con rituales pero no está consciente de ellos como lo está el obsesivo-compulsivo.

- Equivalentes epilépticos con conductas como las mencionadas en el apartado anterior y que tienen su foco en las áreas temporales del cerebro.
- Anorexia nerviosa cuando los rituales se relacionan con las comidas y afectan la nutrición de la persona.

Finalmente, en cuanto al diagnóstico diferencial, debemos anotar que no se deben confundir algunas conductas parecidas a los rituales que se dan en niños preescolares (entre 2 y 4 años) y que forman parte de su proceso evolutivo normal, como la insistencia en colocar sus juguetes de una manera preferida, la insistencia en que los padres ejecuten algunos rituales antes de dormirlo o de bañarlo, etc.

Consecuencias

- Incapacidad para desarrollar normalmente las labores escolares cuando los síntomas son muy intensos y no permitan el individuo llegar a tiempo a sus clases, acabar sus tareas o exámenes en el tiempo debido por exceso de escrupulosidad.
- Conflictos con los padres por las tardanzas del paciente para bañarse, vestirse, comer, y otras conductas compulsivas que molestan al resto de la familia.
- Aislamiento social cuando las conductas rituales o son muy frecuentes y evidentes pues provocan la burla de los demás.
- Estados depresivos en los que el paciente puede caer debido al agotamiento en su lucha por resistirse a los pensamientos y compulsiones.
- Trastorno del estado nutricional cuando los síntomas se desarrollan en torno a la conducta alimentaria (comer muy lentamente y disponiendo los alimentos en un cierto orden constantemente, perdiéndose al final el deseo de comer debido a que la comida ya está fría o porque la rutina agota a la persona que prefiere abandonar la mesa).

Etiopatogenia

- Herencia mendeliana de un alelo dominante. Existe un gen con efecto principal y otros con efectos menores.
- Participación de genes relacionados con los sistemas de dopamina y serotonina.
- Disfunciones en el circuito tálamo-cortical frontal basal.
- Alteraciones de los ganglios basales con disminución del tamaño del núcleo caudado.
- Alteraciones neuroquímicas en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda.
- Alteraciones anatómicas de la corteza frontal derecha que afectan al giro cingulado anterior y al núcleo lenticular.
- Hiperactividad en la corteza frontal que conduce a una aceleración de procesos cognitivos y de atención.
- Procesos autoinmunes post infección estreptocócica (PANDAS: “Pediatric autoinmune neuropsychiatric disorders associated with streptococal infections”. Es una forma de TOC de inicio en jóvenes pre púberes, de comienzo súbito y que se asocia a menudo con tics.
- Causado por algunas enfermedades neurológicas como la hipoplasia del cuerpo calloso o la corea de Sydenham.

- TOC inducido por fármacos antipsicóticos atípicos: clozapina, risperidona, olanzapina y quetiapina.

No existe aún una teoría establecida definitivamente sobre la etiopatogenia de los trastornos obsesivo-compulsivos, pero las hipótesis antes enunciadas apuntan hacia unas determinadas alteraciones genéticas y neuroanatómicas. Será necesario integrar toda esta información para poder establecer un esquema más claro.

Evolución

Los pacientes niños y adolescentes afectados de estos trastornos pueden evolucionar desde la remisión completa o casi completa de los síntomas en unos años, hasta la cronicidad con síntomas moderados o leves, o hacia una personalidad obsesivo-compulsiva. Con tratamientos adecuados un porcentaje importante (60 a 80%) puede mejorar significativamente, pero existen casos muy resistentes con crisis frecuentes y graves con un pronóstico menos favorable.

Tratamiento

Farmacológico

- Clorimipramina: este medicamento antidepresivo era el más utilizado antes de hacer su aparición los nuevos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (IRS). Tiene más efectos secundarios que éstos especialmente de tipo anticolinérgico y mayor sedación. Sus dosis varía entre 1 a 5 mg/kg/día.
- Fluvoxamina: de los IRS éste fue el primero que se aprobó en los EE.UU. para ser administrado a niños por lo que se ha utilizado mucho en estos casos de TOC. Sus dosis se inician desde 25 mg para ir subiendo hasta dosis máximas 5 mg/kg/día.
- Fluoxetina: iniciando desde 10 mg (en niños más menores de 12 años) para llegar a 60 u 80 mg/día (en adolescentes).
- Paroxetina: dosis similares a las anteriores.
- Sertralina: dosis de 50 mg iniciales para llegar hasta 100 o 150 mg/día según la edad y gravedad del caso.
- Zentius: dosis parecidas a la de fluoxetina.

(En general, los IRS suelen darse en dosis mayores para tratar los TOC que para las depresiones).

- Antipsicóticos como el haloperidol cuando existe asociado un síndrome de tics o de Gilles de la Tourette.

- Metilfenidato u otro medicamento para la deficiencia atencional cuando se asocia con hiperactividad y trastorno de la atención.

Modificación de conducta

Las técnicas de descondicionamiento han resultado muy útiles en muchos casos de niños y adolescentes con TOC. Uno de los métodos aplicado es la llamada inundación (flooding) que consiste en exponer al paciente a situaciones en las que suele actuar compulsivamente y evitar la respuesta acostumbrada, o sea, los rituales o conductas compulsivas. Así, si una persona acostumbra a lavarse las manos varias veces, permitirle que lo haga una sola vez y soporte la ansiedad por no seguir haciéndolo. Es una manera de confrontar al paciente con la realidad de que nada malo le sucederá, y someterlo a un proceso de descondicionamiento. También se puede realizar de forma progresiva sobre todo en niños o en pacientes más graves. Siempre debe haber una preparación psicológica previa del paciente y acordar con él su colaboración dándole seguridad y apoyo emocional.

Psicoterapia individual

Las técnicas antes mencionadas se pueden combinar con psicoterapia cognitiva o cognitiva-conductual. Las terapias cognitivas pueden ayudar al paciente a entender y resistir mejor los pensamientos obsesivos. Mediante la terapia cognitivo-conductual puede enseñarse al paciente métodos de autocontrol, de auto reforzamiento y de control de estímulos.

La psicoterapia individual debe servir también para ayudar al paciente a reducir su angustia y a solventar los problemas familiares, escolares o sociales que su TOC le ocasiona.

Orientación y/o terapia familiar

Como en la mayoría de los casos de trastornos mentales o del comportamiento de la niñez y la adolescencia, la intervención sobre el medio familiar es esencial para procurar un mejor ambiente, lograr un adecuado entendimiento de la patología en cuestión por parte de la familia y resolver problemas del hogar que inciden en el agravamiento de la enfermedad o impiden su mejoría.

E. TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Síntomas y diagnóstico

La ansiedad de separación tiene como base el temor a ser abandonado o a separarse del hogar o de las figuras significativas para el niño, que más frecuentemente son los padres. Cuando el niño se encuentra en una situación en la que tiene que apartarse de los padres para ir a la escuela, a una fiesta de cumpleaños, salir con la familia de otro niño, etc., sufre una crisis de ansiedad acompañada muchas veces de agitación y de síntomas somáticos como náuseas, vómitos o dolor de vientre. El temor a la separación puede llegar hasta el extremo de no querer estar en una parte de la casa donde no tenga a la madre, al padre o a una hermana mayor a la vista, o necesitar estar acompañado a la hora de dormir. Algunos niños logran superar la angustia en el momento de la separación como cuando van a la escuela o a una visita o fiesta de cumpleaños siempre y cuando tengan la experiencia de que siempre lo estarán recogiendo a la hora señalada. Si la madre o el padre no están al momento en

el que él espera lo vayan a buscar, se torna muy ansioso o cae en una crisis de llanto y desesperación. Una “mala” experiencia como ésta puede provocar que en los días siguientes no quiera volver a salir de la casa por temor a quedarse abandonado.

El niño con este trastorno tiene un miedo irracional a situaciones como el abandono, ser raptado, no volver a ver a sus padres o a uno de ellos. Mientras esté cerca de sus familiares o de personas en las que confía puede llevar una vida normal y no mostrar signos de ansiedad como en cambio lo hacen los niños con trastorno de ansiedad generalizada, lo cual no quiere decir que estos últimos no puedan también presentar ansiedad de separación.

El diagnóstico se hace muy evidente al conocerse que la causa del temor o del estado tensional son los momentos en los que debe separarse de las figuras familiares o la anticipación de esta separación. Este trastorno debe diagnosticarse cuando se produce a edades en las que ya no es normal que el niño no haya adquirido cierta seguridad para alejarse por períodos de tiempo más o menos largo(como el de una jornada escolar) de sus padres.

Diagnóstico diferencial

- La fobia escolar en la que el temor no es a la separación sino a estar en la escuela.
- La ansiedad generalizada que no se relaciona específicamente con situaciones de alejamiento de los padres u otros familiares.
- Las depresiones en las que un síntoma puede ser el sentimiento de desvalimiento y la necesidad de compañía parental.
- La fobia social en la que el temor es a confrontar situaciones sociales y no a la separación.

Etiopatogenia

- Crianza basada en la sobreprotección que impide el normal proceso de individualización y separación del niño de su figura materna.
- Las experiencias traumáticas reales de abandono, rapto o extravío especialmente en niños con predisposición a la ansiedad.
- Experiencias como las anteriores no vividas personalmente sino a través de la ocurrido a una persona muy cercana (amigo, compañero, pariente), o conocida a través de los medios de comunicación.
- Trastornos de la dinámica familiar que el niño vive con temor. El alejarse de su hogar supone para él la posibilidad de que al volver no encuentre a alguno de los padres o hayan ocurrido eventos desagradables.
- Enfermedad grave de alguno de los padres o hermanos y que colocan al niño en la misma situación antes mencionada.

Consecuencias

- Ausencias repetidas a la escuela con las repercusiones que esto puede tener en el rendimiento académico.
- Retraso en la maduración de la conducta social y de independencia.

- Aislamiento de los niños de su edad.
- Conflicto con los familiares que no comprenden la naturaleza del problema.

Evolución

La ansiedad de separación es comúnmente un problema de los primeros años de la vida que generalmente se ha superado al llegar a la adolescencia si no se ha tratado. Si se ha habido un adecuado tratamiento se logra superar en pocos meses generalmente. No obstante, existe la posibilidad de que algunos de los niños que la han padecido puedan tener más tendencia a las depresiones y a otras patologías relacionadas con la ansiedad en los años de la adolescencia y la vida adulta.

Tratamiento

- Orientación a la familia sobre la índole del problema y consejos sobre cómo manejarlo. Los padres deben aprender modos de crianza meno sobre protectores y a promover más la independencia emocional y ejecutiva en el niño.
- Psicoterapia individual de tipo cognitivo con el niño si tiene edad suficiente como para razonar. La terapia cognitiva trata de que el niño cambie su forma de pensar sobre la realidad y comprenda la irracionalidad de sus pensamientos; que recapacite sobre los peligros que creen la acechan si no está junto a sus padres y aprenda a buscar soluciones a las reacciones de estrés o neurosis traumática situaciones que imagina.
- Psicoterapia de juego con niños más pequeños con la finalidad de llevarlos a través de un proceso de diferenciación e individualización. Terapia conductual mediante desensibilización sistemática in vivo y de reforzamientos de las conductas de separación en forma progresiva. 5. Comprometer la colaboración del personal escolar para que participe en la terapia de conducta.

F. REACCIONES DE ESTRÉS

Describiremos en este grupo trastornos emocionales de carácter más o menos intenso que se producen de forma abrupta como consecuencia de sucesos traumáticos en cualquier tipo de persona, aunque algunas son más susceptibles a este tipo de reacciones. Los dividiremos en:

- ❖ Reacciones de estrés o neurosis traumática.
- ❖ Trastornos disociativos y de conversión.

Reacciones de estrés (neurosis traumática)

Síntomas y diagnóstico.

La respuesta a un trauma físico o psicológico pueden consistir en una variada cantidad de síntomas emocionales tales como:

- Aturdimiento o embotamiento de la conciencia.
- Desorientación.

- Llanto y gritos.
- Agitación motora y fugas.
- Pánico al inicio y más adelante miedos relacionados directamente con el trauma o generalizados a otras cosas y situaciones.
- Taquicardia.
- Sudoración.
- Insomnio, pesadillas, hablar o gritar durante el sueño.
- Dificultades de concentración.
- Ansiedad intensa y posteriormente un estado de ansiedad.
- Sobresaltos.
- Síntomas depresivos (tristeza, irritabilidad, aislamiento, ideas de suicidio).
- Recuerdos intrusivos en los que el suceso traumático reaparece en la mente de la persona de una manera muy vívida (flashbacks).
- Conductas regresivas.

Durante la vivencia del suceso traumático es posible que un niño o adolescente no muestre síntoma alguno o incluso hasta unas horas o días después. Cuando los síntomas se dan en forma inmediata los más frecuentes son o un estado de agitación y miedo con síntomas vegetativos, o de inmovilidad con desorientación y embotamiento. Con los meses lo síntomas que más quedan suelen ser los problemas de sueño, de rendimiento por deficiente concentración, depresión, ansiedad generalizada y los recuerdos intrusivos.

El diagnóstico de un trastorno de estrés agudo se basa principalmente en:

1. La existencia de un trauma claramente relacionado con la aparición de los síntomas en un lapso no mayor de seis meses. A veces el hecho causante no es aparente y se debe iniciar una investigación utilizando información de los padres y otras personas además de la que pueda suministrar el paciente. Los exámenes médicos son importantes en el caso de que se hayan dado lesiones físicas. En estos casos, al sospecharse que ha habido un abuso sexual o físico se debe pedir la intervención de los especialistas médicos forenses.

2. Los recuerdos intrusivos que pueden surgir tanto durante el sueño como en la vigilia es uno de los síntomas básicos que definen estos trastornos. Puede suceder que estos recuerdos se vayan desvaneciendo y reaparezcan en ciertos momentos como cuando se cumple al aniversario del acontecimiento, o se vuelve a pasar por el lugar donde ocurrió, o lo trae a la memoria un acontecimiento similar visto en la televisión o leído en los diarios.

Etiopatogenia

- Una de las más frecuentes durante la niñez y la adolescencia es el abuso sexual, especialmente la violación consumada.
- Abuso físico (episodios de ataques brutales).
- Accidentes de tránsito, aéreos o de otro tipo de transporte.
- Catástrofes naturales.
- Ataques con armas al niño o a sus familiares.
- Guerras.
- Violencia policial (irrupción policial en la vivienda).

- Experiencia de ahogamiento por inmersión en agua.
- Suicidio de uno de los padres en presencia del niño o adolescente.
- Vivencia personal de un crimen violento (como cuando un padre asesina al otro estando los hijos en la casa).
- Experiencia de ser asaltados fuera o dentro de la casa.

Los jóvenes que tienen tendencia a los estados de ansiedad o a la depresión, así como quienes ya padecen de algún tipo de trastorno emocional, son más propensos a reaccionar de modo más intenso y duradero que los demás. Los niños en edad preescolar y escolar reviven el trauma muchas veces en sus juegos y en sus dibujos, aunque en muchos casos no quieren hablar de lo ocurrido como una manera de evitar la ansiedad.

Se han lanzado hipótesis sobre una posible liberación masiva de catecolaminas, de corticoides y de beta-endorfinas durante la vivencia de un suceso traumático, tratando de explicar los síntomas en base a la acción de estos neurotransmisores.

Evolución

Las reacciones de estrés pueden durar de horas a pocos días inmediatamente después del trauma y entonces se consideran como reacciones de estrés agudas. Pueden no originarse de una vez y aparecer los síntomas varias semanas después, incluso algunos meses (no más de seis) en cuyo caso no se pueden llamar reacciones de estrés postraumática según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sin embargo, creemos que no hay razón para que ambos tipos no sean calificados como reacciones o síndromes de estrés postraumáticos. Su única diferencia importante es la duración de los síntomas. En algunos casos hay una evolución con tendencia a la cronicidad, desarrollando trastornos más definidos como un una depresión, un estado de ansiedad generalizada, una fobia y cambios permanentes en la personalidad.

Tratamiento

El tratamiento persigue varios objetivos:

- En una crisis aguda, mantener al paciente en un ambiente tranquilo, alejado del lugar donde ocurrió el hecho traumático, y brindarle apoyo emocional. Puede usarse en algunos casos si hay mucha angustia un medicamento ansiolítico.

Posteriormente a la crisis aguda:

- Psicoterapia individual: en la que podemos combinar una terapia en la que el niño pueda hablar sobre lo sucedido si lo desea con metodología cognitiva para ayudarlo a entender mejor lo acontecido, que lo perciba como un accidente y no como algo que tiene que seguir pasando; a recobrar su sentido de autoestima y seguridad; a darse cuenta de que le ha pasado a otros niños jóvenes; y a aprender a revivir los sucesos de manera que cada vez le cause menos angustia.

- Psicoterapia de juego para los más pequeños a través de la cual se le facilite el manejo de sus miedos y se logre con el tiempo una desensibilización.

- Psicoterapia de grupo en la que niños y adolescentes con experiencias similares puedan compartir experiencias y lograr por esta vía también una mejoría de la angustia y una mejor comprensión de lo que les ha sucedido.

- Psicoterapia familiar cuando toda la familia ha sido víctima de un hecho traumático y orientación a los padres sobre cómo ayudar a sus hijos en estas circunstancias. En estas terapias igual que en las de grupo se puede recurrir a las dramatizaciones.

- Medicación ansiolítica por breves períodos de tiempo en épocas en las que hay exacerbación de síntomas como los miedos, los trastornos del sueño, y la ansiedad. También se han recomendado los beta-bloqueadores como el propanolol repartidos en tres tomas al día en dosis que van de 0.8 mg/kg/día hasta 2.5 mg/kg/día, también por pocas semanas, para mejorar sobre todo los síntomas autonómicos y la agitación. Cuando se instaura un síndrome depresivo se utilizan los medicamentos antidepresivos. La indicación de cualquier fármaco dependerá de la sintomatología, de su intensidad, de la edad del paciente y de que no existan contraindicaciones.

- Orientación al personal de las escuelas sobre el adecuado manejo de los niños que sufran de síndromes de estrés por traumas, a nivel individual y a nivel de grupos, especialmente cuando el hecho adverso ha ocurrido en una escuela.

G.TRASTORNOS DISOCIATIVOS O DE CONVERSIÓN (HISTERIA)

Síntomas y diagnóstico.

Aunque estos trastornos pueden tener como causa además de una experiencia traumática, presiones psicológicas internas y modos de percibir las relaciones interpersonales, creemos que en la población pediátrica que tratamos son más frecuentes las primeras, por eso los incluimos en este apartado de las reacciones de estrés.

La CIE-10 que estamos utilizando en este libro como punto de referencia, los define como caracterizados “por la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales” y añade que se acepta que en estos trastornos la capacidad para ejercer un control consciente y selectivo sobre los recuerdos y sensaciones por la atención inmediata y los movimientos que se van a llevar a cabo, “se ha perdido en un grado que puede variar de día en día o de hora en hora”.

Estos trastornos corresponden a lo que hasta no hace muchos años se denominaba histeria o histeria de conversión, y además de los síntomas, deben darse sin una patología orgánica de fondo y con relación a acontecimientos estresantes o relaciones interpersonales alteradas. Pueden presentarse como:

- Pérdida sensorial disociativa: anestesias o hiperestesias que no siguen la distribución de la inervación y sin correspondencia segmentaria. A menudo se presentan en forma circular, de guante o de calcetín. No se acompañan de

atrofias y desaparecen durante el sueño o la hipnosis. Los síntomas son muy variados y prácticamente abarcan todas las posibilidades a nivel corporal: hemianopsias, cegueras, blefaroespasmos, acromatopsia, hipoacusias uni o bilaterales, pérdida del gusto o el olfato (menos frecuentes), dolores de cabeza y parestesias.

- Trastornos de la motilidad: son muy frecuentes y pueden manifestarse como posturas anormales, contorsiones, parálisis espasmódicas o flácidas, ataxias, discinesias, disartria, disfonía, tics, disminución de los movimientos, agitación y convulsiones que generalmente no cursan con pérdida de conciencia ni otros síntomas propios de las convulsiones epilépticas. Debemos insistir en cuánto a éstas que no es correcto llamarlas pseudo convulsiones ya que el hecho de que no sean epilépticas no les quita su carácter de convulsiones no ficticias. Otra forma de disociación que podemos incluir aquí entre los síntomas motores es el estupor disociativo con disminución profunda o ausencia de movimientos y falta de reacción a estímulos externos por largos períodos de tiempo aunque la persona no esté dormida ni inconsciente.

- Fugas del hogar con un comportamiento normal pero sin recuerdos posteriores de lo actuado durante el tiempo de ausencia.

- Pérdida de la memoria para hechos traumáticos o estresantes recientes. Suele ser una amnesia parcial y selectiva y no generalizada como en el caso de la fuga disociativa.

- Trance y posesión: en los que el enfermo actúa como si fuera otra persona, una divinidad o una fuerza extraña sin haberlo deseado ni fingido. Lo fundamental es una pérdida temporal de la identidad propia y de la conciencia del entorno (CIE-10).

Diagnóstico diferencial

- Trastornos mentales orgánicos.
- Epilepsias.
- Enfermedades neurológicas progresivas (esclerosis múltiple, lupus eritematoso, trastornos degenerativos de la sustancia blanca).
- Depresión con trastornos de la motilidad.
- Esquizofrenia catatónica.
- Manía.
- Otras reacciones de estrés no disociativas.
- Efecto agudo de drogas ilícitas.

Cuando se está tratando de diferenciar los estados disociativos de enfermedades orgánicas no se deben extender los estudios médicos y de laboratorio innecesariamente pues no tienen ninguna utilidad. El clínico debe aprender a diagnosticar estas enfermedades con un mínimo de estudios complementarios que incluyen electroencefalogramas, examen oftalmológico u otológico cuando hay síntomas que lo ameriten, presencia de tóxicos en sangre y alguno más.

Etiopatogenia

Ya hemos anotado que los trastornos disociativos o de conversión tienen como causa un hecho traumático más o menos reciente o unas relaciones interpersonales inadecuadas. Aquí, igual que en las reacciones de estrés del apartado anterior, el abuso sexual juega un papel importante como factor causal. Otras factores precipitantes puede ser el abuso físico, una enfermedad en un familiar cercano cuyos síntomas empieza a sentir o manifestar el niño o adolescente, un gran temor ante un peligro inminente, real o no (amenazas a la integridad física, posible divorcio de los padres, etc.) y sobrecargas emocionales como cuando se tienen que afrontar ciertas responsabilidades y el síntoma en este caso equivale a una conducta de huída ("ganancia secundaria"). Un fenómeno menos frecuente en la actualidad pero que aún se ve en ciertas colectividades (escuelas, grupos religiosos) es el de la epidemia de trastornos de conversión por contagio de una persona que la inicia.

Hipótesis patogénicas de tipo psicológico han sido enunciadas desde diferentes posturas doctrinales:

- Mecanismo de transformación de la ansiedad en la disfunción de una estructura corporal controlada por el sistema nervioso voluntario.

- Instalación en un "sick rol" (papel de enfermo) del histérico con quienes le rodean percibiendo sus síntomas de forma diferente y actuando ante ellos de manera estoica o ansiosa, lo que dependerá del estilo de crianza del niño, de la tensión psicológica intrafamiliar, de las relaciones interpersonales y de cómo los padres transmitan al niño sus ideas sobre la salud, la enfermedad y los tratamientos.

- Surgimiento de los síntomas histéricos de reacciones preformadas del psiquismo instintivo profundo y manifestándose en dos niveles de comportamiento que se encuentran en el animal: la reacción motora o de rechazo contra agentes externos desfavorables y que utiliza la vía más antigua desde el punto de vista ontogénico; y la reacción de inmovilización que tiene parentesco con los fenómenos hipnóticos y catalépticos.

- Oscilaciones e inestabilidad extrema de los afectos condicionados, y reactividad paradójica consistente en que a estímulos intensos siguen efectos débiles o ninguno, y a estímulos débiles efectos intensos. Según esta teoría se distinguen dos tipos de niños histéricos: los que tienen actividad cortical y subcortical débil y los que tienen debilidad funcional de la corteza y actividad subcortical intensa.

- Trastornos de la síntesis de la personalidad caracterizados por una restricción de la conciencia y tendencia a la disociación.

- Los síntomas histéricos provienen de la sugestión y se pueden eliminar con la persuasión. Los síntomas vasomotores son de origen reflejo e imputables a las perturbaciones del sistema nervioso vegetativo.

- Freud equiparaba los síntomas histéricos a expresiones simbólicas de ideas y deseos inconscientes y cuyo cumplimiento da al paciente satisfacción aunque no llegue a estar consciente de ello.

Sea cual fuera el mecanismo psicopatogénico que esté en la base de los fenómenos histéricos o de conversión, parece no haber duda de que existe una mayor susceptibilidad en determinados individuos, sobre los de personalidad más inmadura, en medios culturales y sociales donde es habitual el pensamiento mágico-primitivo.

Tratamiento

En el tratamiento de los trastornos disociativos los medicamentos tienen muy poca o ninguna utilidad. Los objetivos importantes son:

- Identificar la posible situación o situaciones traumáticas que generaron los síntomas.
- Corregir actitudes del entorno que contribuyen a mantener los síntomas
- Establecer una alianza terapéutica con el paciente que permita ahondar en su psiquismo.
- Modificar síntomas mediante procedimientos de extinción, desensibilización y sugestión.
- Conseguir cambios en el estilo cognitivo del paciente.

En algunos casos con el uso de placebos y la sugestión puede lograrse algunos éxitos (generalmente en casos menos graves). La recuperación de algunos pacientes muy resistentes puede llevar años.

H. TRASTORNO DE PÁNICO

Síntomas y diagnóstico

El trastorno de pánico consiste en la aparición de ataques de pánico, terror o miedo muy intenso, inesperados (o en ausencia de situaciones donde podría esperarse que se dieran) y que se siguen de un período que puede ser de meses en los que la persona persiste con miedo a sufrir ataques otra vez. No es un trastorno más frecuente en adultos jóvenes y algo menos en adolescentes. En niños preadolescentes es raro verlo aunque se ha reportado entre aquellos que padecen de ansiedad de separación o depresión. Los ataques pueden durar de uno a varios minutos y en algunas ocasiones horas, y se acompañan de otros síntomas como: sensación de pérdida del control, palpitaciones, sudoración, sensación de falta de aire, temblores, parestesias, mareos, sensación de irrealidad, temor a enloquecer o morir. Es más frecuente en mujeres que en hombres (2/1).

El trastorno de pánico se da concomitantemente con la agorafobia en muchos de los casos. Cuando esto sucede el paciente evita estar solo fuera de su casa, viajar en autobuses, trenes o aviones, y se aleja de lugares concurridos, donde teme sufrir otras crisis y no disponer de la ayuda necesaria. Puede darse el trastorno de pánico asociado también a prolapso de válvula mitral por lo que siempre habrá que hacer entre otros, un estudio cardiológico.

Diagnóstico diferencial

1. Debe diferenciarse el trastorno de pánico de otras crisis de pánico que pueden darse en personas que padecen fobias, reacciones de estrés postraumático y ansiedad generalizada. Estas crisis de pánico por lo general se acompañan de síntomas

autonómicos menos intensos y no tienen el carácter de inesperadas, existiendo menos temor a padecer otra vez las crisis que en el trastorno de pánico.

2. Algunas patologías orgánicas puede producir crisis de ansiedad muy marcadas que podrían confundirse con el trastorno de pánico como el hipertiroidismo, y el consumo de sustancias tóxicas.

Etiopatogenia

Se han postulado las siguientes hipótesis:

- Acción de ciertos genes localizados en cromosomas 9p, 15p, 13p y 22.
- Desregulación del sistema noradrenérgico que provoca descargas intermitentes y caóticas de norepinefrina en el locus cerúleo.
- Alteraciones en la sensibilidad de los receptores de benzodiacepinas afectándose la modulación del neurotransmisor GABA.
- Alteraciones de la función respiratoria con mayor sensibilidad a sustancias como el lactato y el dióxido de carbono que estimulan la respiración y producen hiperventilación.
- Hipersensibilidad del sistema límbico (amígala e hipocampo).

Consecuencias

- Limitación importante de la vida social y familiar del paciente por su temor a sufrir ataques de pánico si se queda solo o se aleja del hogar.
- Merma de la actividad académica.
- Temor constante.
- Depresiones.
- Suicidio.

Evolución

Los ataques de pánico pueden presentarse como evento único en la vida, pero dejando a la persona con un temor intenso a volverlo a padecer, lo cual limita mucho su vida. En otras personas, las crisis se pueden repetir con mayor o menor frecuencia. Cuando se dan en forma repetida los efectos sobre el estado emocional del paciente son más devastadores y el tratamiento debe prolongarse indefinidamente.

Tratamiento.

Farmacológico

- Durante una crisis de pánico será de beneficio la administración de una benzodiazepina vía parenteral como el lorazepam o diazepam. También ayuda el que la persona afectada respire despacio y en una bolsa de papel.

- Inhibidores de la recaptura de serotonina como la paroxetina asociada a una benzodiazepina como el alprazolam o el clonazepam. La benzodiazepina se da

de tres a cuatro veces al día y por períodos de tiempo más largo que el habitual en otras patologías que cursan con ansiedad, especialmente cuando el antidepresivo tarda en controlar los síntomas. También se ha utilizado con buenos resultados la reboxetina.

Tratamiento psicológico

- Psicoterapia cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados que tiene el paciente acerca de su situación.

- Terapia conductual: desensibilización a las situaciones y/o lugares a los que el paciente teme afrontar.

- Orientación a familiares y a personal escolar acerca del problema del paciente para aliviar la ansiedad que les pueda generar sus crisis y colaboren con el tratamiento.

I. TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN-DESREALIZACIÓN (TDD)

Síntomas y diagnóstico.

Se trata de un trastorno que es raro en niños aunque puede ya empezar a verse un poco más en la adolescencia. Consiste en unas sensaciones de extrañeza e irrealidad en las que la persona experimenta de una manera diferente su mente, su corporalidad y su entorno, como si no fuera la misma persona estando consciente de ello. En la CIE-10 se da como pauta de diagnóstico las siguientes:

a. Síntomas de despersonalización: el individuo siente que sus propias vivencias o sensaciones se han desvinculado de sí mismo, se han hecho distantes o ajenas, se han perdido, etc.;
b. Síntomas de desrealización: los objetos, personas o entorno parecen irreales, distantes, artificiales, descoloridos, desvitalizados, etc.;
c. Existe el reconocimiento de que se trata de un cambio espontáneo y subjetivo que no ha sido impuesto por fuerzas externas o por otras personas; existe un adecuado “insight” (capacidad de introspección);
d. Hay claridad del sensorio y evidencia de que no se trata de un estado toxico, confusional o epiléptico.

Para hacer el diagnóstico deben darse una de las características de a o b y las de c y d.

Diagnóstico diferencial.

Debemos diferenciar entre el TDD primario, que se da puro y el secundario que se da como parte de un cortejo de síntomas dentro de otras patologías como la depresión, los estados de ansiedad, el trastorno de pánico, las intoxicaciones por sustancias alucinógenas o el alcohol, los estados disociativos, epilepsias especialmente las del lóbulo temporal, estados delirantes de la esquizofrenia y también de aquellos que son producidos por el efecto de algunos fármacos. También aparecen en circunstancias

normales como el cansancio, algunos momentos de estrés y como fenómenos hipnagógicos o hipnopómpicos (al iniciarse el sueño y al despertar).

Etiopatogenia

Las hipótesis sobre los mecanismos etiopatogénicos que se han lanzado en los últimos años son las siguientes:

1. El estado de alerta incrementado observado en el TDD es producido por una activación de los sistemas pre frontales de atención (corteza prefrontal dorsolateral derecha) y una inhibición recíproca del cíngulo anterior, lo que conduce a experiencias de “mente vacía” e “indiferencia al dolor”. Por otra parte, un mecanismo prefrontal izquierdo podría actuar en forma inhibitoria sobre la amígdala resultando una alteración de la expresión autonómica, hipomotilidad y falta de colorido emocional que se expresa sensación de irrealidad.

2. Anormalidades funcionales de la corteza sensorial (visual, auditiva y somatosensorial) así como de las áreas responsables de la integración del esquema corporal.

3. Reducción de la actividad basal del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal.

4. Incremento de las respuestas de áreas cerebrales relacionadas con la expresión de las emociones y disminución de las relacionadas con áreas emotivo-sensitivas.

5. Reducción de respuestas autonómicas a estímulos desagradables causada por una inhibición selectiva de los mecanismos de procesamiento de las emociones.

6. Liberación de serotonina en las células del rafe inducida por la norepinefrina.

7. Antecedentes de traumas infantiles, especialmente de abuso.

8. La tendencia a seguir presentando episodios de TDD se refuerza debido al sentido catastrófico inducen en el individuo procesos cognitivos y conductuales que aumentan la posibilidad de la recurrencia de los episodios.

Evolución.

Los episodios de TDD pueden varias desde episodios transitorios y leves hasta otros más intensos y crónicos. Entre los adolescentes varones el número de experiencias de despersonalización aumenta con la edad, mientras que en las mujeres empiezan a disminuir desde la adolescencia media según un estudio realizado en Alemania recientemente.

Tratamiento.

Los casos de TDD leves y transitorios se pueden tratar solamente con psicoterapia de apoyo para reducir la angustia y cognitiva para ayudar al paciente a percibir la situación en su verdadera dimensión y no en un sentido catastrófico.

Los casos más intensos y los que tienden a cronificarse, deben tratarse también con psicoterapia aunque por más tiempo, además de añadir algún fármaco. Entre los más utilizados actualmente están los antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina como la fluoxetina, paroxetina, citalopram (aunque un estudio reportó un caso de TDD con éste fármaco) y Clorimipramina. Las benzodiacepinas como el alprazolam y el diazepam serían de utilidad escasos que se acompañan de ansiedad intensa.

J. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Lo fundamental de estos trastornos consiste en la presencia reiterada de síntomas somáticos a los cuales no se les encuentra causa médica no psicológica, y la demanda constante de atención de quienes lo padecen, incluso aún después de ser informados por los médicos de que no padecen de ninguna enfermedad física. Y si es el caso de que exista algún trastorno somático, éste no explica la naturaleza ni la intensidad de los síntomas, ni el grado de preocupación del paciente. También se incluye aquí la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves y progresivas.

Las pautas para el diagnóstico que se da en la CIE-10 se basa en la presencia de:

a. Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se han encontrado una adecuada explicación somática y que ha persistido al menos dos años (Trastorno por somatización).

b. Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, hiperventilación, trastornos gastrointestinales o urinarios (Disfunción autonómica somatomorfa).

c. Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave que subyace al síntoma/s presente/s, aunque las exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos, o una preocupación persistente sobre una supuesta deformidad o desfiguración (Trastorno hipocondríaco).

d. Negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de varios médicos de que no existe una explicación somática para los síntomas.

e. Ausencia de una alteración significativa de la estructura o función del órgano o sistema afectado.

f. Cierto grado de deterioro del funcionamiento social y familiar atribuible a la naturaleza de los síntomas y a la conducta resultante.

Es necesario aclarar que la CIE-10 presenta los trastornos por somatización, la hipocondría, la disfunción autonómica somatomorfa y el dolor psicógeno, en subcategorías distintas cada una con sus pautas de diagnóstico. Aquí hemos optado por reunir las pautas diagnósticas porque son muy similares y no tienen mucho interés práctico separar las diferentes formas de presentación de los trastornos somatomorfos ya que tienen mucha similitud fenomenológica, etiológica y patogénica.

Estudios de los últimos años han demostrado que estos trastornos son más frecuentes en la niñez y la adolescencia de lo que se creía así como la íntima relación que tienen con situaciones adversas. Los síntomas más comunes en los niños y los adolescentes que presentan somatizaciones son dolores de cabeza, palpitaciones, molestias gastrointestinales incluyendo el dolor de vientre, respiratorias y dolores músculo esqueléticos. La hipocondría aparece más en la adolescencia y en la vida adulta que en la niñez. En relación a la pauta diagnóstica que requiere la presencia de síntomas somáticos por un mínimo de dos años, creemos que este criterio no debe aplicarse igual con los niños debiendo disminuir este lapso de tiempo en ellos a por lo menos un año.

Se ha visto que los niños reportan tasas más altas de trastornos somatomorfos indiferenciados (cuadro clínico no completo y característico del trastorno por somatización) y de disfunción autonómica, mientras que los adolescentes presentan con más frecuencia trastornos por somatización más típicos. En pacientes con tics y síndrome de Gilles de la Tourette se ha visto mayor incidencia de trastornos por somatización que en la población normal.

Estos trastornos tienen comorbilidad muy frecuente con trastornos de ansiedad y depresión, no obstante, cuando los síntomas de estos últimos son predominantes, entonces las quejas somáticas pueden considerarse como parte de tales síndromes y no como entidad diagnóstica aparte.

Diagnóstico diferencial

- Enfermedades somáticas reales que expliquen los síntomas.
- Estados depresivos.
- Estados de ansiedad.
- Ideas somáticas delirantes de la esquizofrenia.
- Simulación con objeto de lograr algún beneficio como no ir a la escuela, no ser regañado, etc.

Etiopatogenia

- Traumas infantiles como abuso sexual o físico.
- Contagio o aprendizaje de padres somatizadores.
- Relaciones familiares o madre-hijo inadecuadas como fallas en el proceso de separación-individuación, sobreprotección, rigidez en las normas de crianza y otras alteraciones de la dinámica familiar que producen trastornos emocionales que el niño expresa a través de lo somático.
- El uso de sustancias tóxicas y conductas antisociales en los padres se relacionan con la aparición de somatizaciones en los hijos.

Consecuencia

- Deterioro del rendimiento escolar por las numerosas ausencias a clases.
- Deterioro de las relaciones sociales porque los pacientes están muy centrados en su preocupación mórbida y muestran poco interés en las actividades extra familiares.
- Aumento de visitas a cuartos de urgencia y consultas médicas con el consiguiente gasto de tiempo, exámenes y merma de la economía familiar.
- Disminución de la autoestima y emergencia de síntomas ansiosos o depresivos. Mientras más tiempo se tarde en diagnosticar el trastorno somatomorfo más difícil puede resultarle al paciente la mejoría.

Tratamiento

- No tienen cabida en estos casos el uso de medicación a menos que haya que tratar una patología comórbida como la depresión, un estado de ansiedad u otra.
- Orientación a los familiares para disminuir la ansiedad que se genera en la familia y modificar actitudes que refuerzan las quejas del paciente.
- Terapia familiar cuando existan problemas en la dinámica familiar que la requieran.
- Psicoterapia individual de tipo cognitivo para modificar los esquemas distorsionados de pensamiento que crean en el paciente la autoimagen de persona enferma.
- Terapia conductual (procedimientos de extinción y de reforzamiento de conductas contrarias a las que se desea extinguir: las quejas constantes, no asistir a clases, no salir de casa, etc.).
- Psicoterapia de grupo cuando se trata de pacientes con dificultades en la relación social.

K. MUTISMO SELECTIVO

Síntomas y diagnóstico

El mutismo selectivo es un trastorno propio de la niñez, de inicio generalmente en la edad preescolar y que consiste en que a pesar de tener un nivel de lenguaje normal o casi normal para la edad, el paciente restringe su comunicación verbal a personas de su círculo más íntimo, mientras que ante extraños, maestros o incluso otros niños, se mantiene mudo. Dentro de su casa, con familiares y amigos íntimos puede incluso ser muy locuaz, pero se calla en presencia de otras personas. En casos más leves el niño habla con todos los demás niños de su grupo escolar pero no ante las personas mayores que no sean familiares cercanos.

Es un trastorno emocional, o sea, de naturaleza psicológica que está muy ligado a la ansiedad y especialmente a la ansiedad o fobia social. Muchos clínicos piensan en la actualidad que en realidad se trata de una forma de ansiedad social o que se presenta dentro de un contexto de trastornos de ansiedad. Otros encuentran que los mutistas selectivos presentan trastornos del desarrollo, incluidos los del lenguaje, tanto como trastornos de ansiedad. En los niños con retardo mental pero que tienen una

capacidad de comunicación verbal suficiente como para mantener una conversación sencilla, es frecuente la aparición de mutismo selectivo.

No obstante, aunque exista algún tipo de trastorno del lenguaje, ya sea del lenguaje expresivo o del compresivo, no constituye un impedimento para que el niño se comunique verbalmente y su mutismo selectivo no tiene en ellos su causa. El diagnóstico lo da pues, el hecho de que el niño tiene una capacidad de comunicación verbal normal o casi normal y que solamente habla en ciertos momentos y a determinadas personas.

Diagnóstico diferencial

- Mutismo causado por lesiones del cerebelo o mutismo cerebeloso, lo que sucede en casos de remoción quirúrgica de tumores de fosa posterior. Es reversible y puede durar varios meses seguido frecuentemente de disartria. En el llamado síndrome de fosa posterior existe mutismo combinado con ataxia, parálisis de nervios craneales, parálisis bulbar, hemiparesia, trastorno cognitivo y labilidad emocional, y lo síntomas postoperativos están dominados por la falta de lenguaje.

- Autismo infantil. La ausencia de lenguaje no es selectiva y además se acompaña de otros síntomas de desconexión social que no tiene el mutista selectivo.

- Afasia congénita. Estos pacientes tienen una ausencia de lenguaje no selectiva sino general ya que su capacidad para hablar y muchas veces para comprender el lenguaje, está muy limitada.

- Esquizofrenia. En niños mayores y adolescentes el mutismo puede ser uno de los síntomas de una esquizofrenia. En estos casos lo pacientes exhiben síntomas propios de esa enfermedad como el aislamiento, las conductas bizarras, los delirios o las alucinaciones. Este tipo de mutismo debido a esquizofrenia se inicia en edades más tardías que el selectivo de origen emocional o psicógeno.

- Estados depresivos en los que el paciente habla poco o en voz muy baja. Se acompaña de un tono vital deprimido y generalmente el mutismo no es total ya que los pacientes se comunican con sus médicos o terapeutas aunque sea con un poco de esfuerzo y con pocas palabras.

- La fobia social. En realidad, como ya se mencionó, es posible que el mutismo selectivo sea una forma de fobia social ya que muchos de los pacientes que lo presentan también se muestran inhibidos socialmente y con conductas de evitación de situaciones sociales que perciben como estresantes.

Etiopatogenia

El mutismo selectivo psicógeno está muy relacionado con:

- La ansiedad y la baja autoestima.

- Historia de abuso en la niñez.
- Padres con personalidad taciturna o tímida.
- Aprendizaje o condicionamiento temprano. Experiencias que el niño siente como atemorizantes condicionan el uso de la comunicación verbal.

Evolución y consecuencias

Este trastorno puede durar desde meses hasta años y prolongarse hasta la adolescencia, aunque en nuestra experiencia, la mayoría se resuelven antes de llegar a ella. No obstante, estos pacientes muestran con más frecuencia que la población normal de niños, trastornos de ansiedad y de depresión, especialmente de ansiedad social.

Las consecuencias mientras no se soluciona el mutismo son merma del rendimiento escolar ya que muchos maestros al no obtener respuesta verbal del niño, lo marginan y le prestan poca atención; limitaciones de la vida social sobre todo cuando el mutismo se extiende a otros familiares y a niños que no son de su círculo íntimo.

Tratamiento

- Terapia conductual en la que se combinan la desensibilización y el reforzamiento de la conducta de comunicarse verbalmente, lo cual se hace mediante un proceso de moldeamiento: primero se refuerzan los intentos de comunicación aunque no sean verbales, posteriormente los intentos de comunicación verbal por leves que sean y finalmente el hablar más normalmente con una o más personas hasta lograr una generalización de las respuestas verbales.
- En casos muy resistentes a la terapia conductual, el uso de medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, especialmente fluoxetina y paroxetina ha tenido buenos resultados.
- Orientación a familiares y maestros para que disminuyan la ansiedad que les origina el mutismo del niño y aprendan también a seguir los métodos de modificación de conducta.

L. TRASTORNO DE VINCULACIÓN EN LA INFANCIA

Síntomas y diagnóstico.

Se basa este trastorno en el desarrollo de vínculos sociales anómalos en niños menores de cinco años. El patrón de relación social puede tener carácter inhibido o desinhibido lo cual tenga quizá relación con las tendencias temperamentales de cada niño. Las respuestas a los intentos de comunicación con el niño de parte de sus padres u otras personas son ambivalentes o contradictorias, mostrando algunas veces rechazo al contacto, otras un contacto visual y afectivo pobre, o en el caso del tipo desinhibido, una búsqueda indiscriminada de contacto, sin apego a ninguna persona en especial. Se asocia siempre a síntomas de afectación emocional durante sus primeras etapas como:

- Ansiedad.

- Llanto frecuente.
- Demandas constantes de atención.
- Trastornos del sueño y de la alimentación (rumiación, vómitos).
- a los cuales se pueden añadir después:
- Tristeza.
- Retraimiento.
- Inapetencia.

Diagnóstico diferencial

- Trastornos generalizados del desarrollo como el autismo infantil. Los niños con trastorno de vinculación no presentan los síntomas de aislamiento tan marcados como el autista, ni muestran posteriormente los trastornos del lenguaje propios de éstos ni otros síntomas como los intereses restringidos y los movimientos repetitivos estereotipados.

- Trastornos de la vinculación específicos con uno solo de los padres lo cual puede darse en ciertos momentos del desarrollo evolutivo de un niño sin mayores repercusiones en su estado emocional.

- Enfermedades físicas debilitantes que pueden producir estados depresivos similares a los que muestran los niños con trastorno de vinculación.

- Mutismo selectivo. El trastorno de vinculación suele iniciarse a edades más tempranas aún cuando el niño no tiene desarrollado el lenguaje(en los dos primeros años de la vida).

Etiopatogenia

Se acepta en la actualidad que la causa más probable de este trastorno es la incapacidad de algunas madres para establecer lazos afectivos adecuados con sus hijos, y su incapacidad para atender satisfactoriamente sus necesidades emocionales tempranas. Esta misma situación es la que viven niños que se crían en asilos u hospitales donde no tienen la oportunidad de establecer apego con una figura que haga de madre, siendo atendidos por diversas personas sin que ninguna establezca una unión afectiva profunda con ellos.

Consecuencias

- Si se da un cambio en las condiciones de crianza del niño y se logra que establezca un patrón de relaciones normal con la madre o con otra persona, los síntomas pueden remitir y tener un buen pronóstico en cuanto al desarrollo social, aunque si esto se da habiendo pasado varios años, es posible que la recuperación no pueda ser completa.

- En algunos casos, queda establecida una cierta incapacidad para desarrollar lazos afectivos profundos y pobre capacidad de relación social en los años posteriores.

- En los casos graves pueden aparecer otros trastornos derivados de la situación depresiva del niño como desnutrición, desarrollo físico insuficiente, inmunidad pobre que facilita las enfermedades infecciosas, y algunas veces la muerte como consecuencia de algunas de estas patologías.

- Las dificultades en la relación social que persisten en algunos casos, ya sea en su forma inhibida o desinhibida, pueden a su vez originar otros trastornos emocionales como baja autoestima, depresión, trastornos de ansiedad, etc.

Tratamiento

El tratamiento consistirá en procurar que el niño pueda establecer una relación de apego satisfactoria, para lo cual será indispensable trabajar en la relación madre-hijo, o si es un niño institucionalizado, lograr que esta relación se pueda dar entre el niño y una persona de la institución. Algunos síntomas como los trastornos del sueño y de la alimentación también deben ser tenidos en cuenta para ser tratados por los pediatras paralelamente al tratamiento psicológico.

Capítulo 17

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

A. TRASTORNO DE CONDUCTA DISOCIAL

En un sentido estricto cualquier situación psicopatológica supone un trastorno de la conducta de un individuo, pero en este capítulo nos referiremos a las alteraciones del comportamiento que producen conflictos con el medio circundante en mayor medida que los demás trastornos, sin desconexión con la realidad, y que no pueden ser clasificadas como psicosis, neurosis, trastornos generalizados del desarrollo o de las funciones corporales. Herbert los definió como conductas con consecuencias desfavorables para el niño pero también para otros, y que tienden a desviarse ampliamente de los estándares de conducta aceptados por la sociedad. Quay revisó las características comportamentales de los niños y jóvenes que pueden ser considerados con trastornos de la conducta y que resultan de los estudios modernos y son: desobediencia, peleas, destructividad, rabietas, irresponsabilidad, impertinencia, búsqueda de atención, conducta ruda y tumultuosa, irreverencia, conducta desafiante, irritabilidad, hostilidad y pendencia. La esencia de este patrón de conducta alterada sería una agresividad antisocial activa que provoca, casi inevitablemente, conflictos con los padres, los compañeros y las instituciones sociales. Para algunos autores el extremo más grave de este tipo de patrón comportamental sería la psicopatía o conducta sociópata y cuyas características Bowlby definía así:

1. Relaciones sociales superficiales.
2. Carencia de sentimientos reales: incapacidad para interesarse en las gentes o para hacer verdaderos amigos.
3. Inaccesibilidad que exaspera a quienes tratan de ayudarlo.
4. Carencia de reacciones emocional en los casos en los que estas respuestas son normales: curiosa falta de preocupación o interés.

5. Engaño y evasión, a veces sin motivo.

Los trastornos de la conducta disociales, en sus diversos grados y manifestaciones, constituyen una de las causas de consulta psiquiátrica más frecuente y uno de sus aspectos más importantes es la delincuencia juvenil. Dentro de la amplia gama de situaciones que pueden enmarcarse dentro del término “trastornos de la conducta” trataremos las siguientes:

- La conducta agresiva y violenta.
- La actitud hostil.
- La conducta negativista-desafiante.
- La conducta incendiaria.
- Robar.
- Las mentiras persistentes.
- Las fugas del hogar y/de la escuela.
- La conducta impertinente.

Lo que hace a algunas de estas conductas francamente patológicas es el grado en el que provoquen conflictos con el ambiente familiar y social, lo que a su vez tiene consecuencias negativas para el sujeto que las emite y su entorno. La intensidad, la frecuencia y la duración son factores a considerar en el momento de diagnosticarlas como estados de alteración de la conducta. Habría que aplicar un criterio dimensional basado en esos tres factores y que va de lo normal a lo patológico.

Los trastornos de la conducta no son siempre estados primarios per se sino que muchas veces pueden montarse sobre un desajuste emocional como una depresión, un estado de frustración social o personal, un abandono afectivo, un síndrome psicótico y otros. Cuando así sucede es necesario diagnosticar la patología de fondo.

Según esto, podemos hacer un esquema de los llamados trastornos de la conducta según sean:

1. Trastornos primarios de la conducta disocial.

   a. Por defecto de aprendizaje social durante la crianza (defecto o ausencia de internalización de normas de convivencia social);
   b. Por condiciones neurobiológicas facilitadoras de conductas agresivas y otras de carácter impulsivo.
   c. Por una situación de marginación socioeconómica que induce al comportamiento antisocial o disocial;

2. Trastornos de la conducta disocial secundarios a:

   a. Trastorno emocional con estado de ánimo deprimido y frustración, y que a su vez tienen relación con problemas de índole familiar (abandono, maltrato, conflictos entre padres y hermanos, sentimiento de rechazo, celos, etc.);
   b. Enfermedad neurológica aguda (tumores, encefalitis, etc.);
   c. Psicosis tóxicas (estupefacientes, alcohol) y esquizofrenia paranoide.

Por otra parte, los trastornos de la conducta pueden tener un carácter general, es decir, se dan en cualquier ámbito (casa, escuela, calle y otros lugares), o estar limitados exclusivamente a la casa o la escuela.

Consecuencias negativas para el niño o adolescente

- Rechazo por parte de los padres, amigos u otros adultos (maestros, profesores, vecinos, padres de otros niños, familiares).
- Interferencia en el desarrollo psicoemocional y sobre el desarrollo de la conciencia social.
- Interferencia en el aprendizaje académico.
- Sensación crónica de hostilidad por parte del medio.
- Posibilidad de maltrato físico y psicológico como reacción de los demás.
- Internamiento en un centro tutelar de menores donde pueden ser objeto de maltrato de parte de otros internados o producirse un reforzamiento de sus conductas disociales.

Consecuencias negativas para los demás

- Deterioro de las relaciones intrafamiliares al crearse un ambiente de tensión y conflicto por las conductas del menor.
- Estado de frustración en los padres quienes llegan a sentir que fracasan como encargados de la crianza y educación del hijo mal portado.
- El agravamiento de trastornos psicológicos como ansiedad y depresión en los familiares cercanos con quienes convive el niño con estos trastornos.
- Interferencia en las actividades sociales y académicas de los compañeros de escuela o vecindario.
- Deterioro de las propiedades familiares o públicas en los casos de conducta vandálica e incendiaria.
- Daño físico (incluida la muerte) y /o moral a quienes lo rodean y sufren directamente las consecuencias de la agresión.

La conducta agresiva o violenta

Síntomas y diagnóstico.

Las conductas agresivas son acciones cuyo propósito es causar daño o ansiedad a otros, y entre ellas figuran golpear con las manos o con objetos o armas, patear, destruir cosas, disputar, burlarse de otros y atacar verbalmente (Mussen, Conger y Kagan). Bandura y Walters las definieron como la clase de respuestas que causan dolor o daño, o como aquellas que podrían perjudicar o dañar si se dirigieran contra un objeto vulnerable.

Tanto en el lenguaje común como en psicología, se suele hacer la distinción entre un comportamiento agresivo socialmente útil, en el sentido de “ir hacia delante” y la agresividad como hecho antisocial, que va en perjuicio de otros. Para nuestros fines actuales solamente nos ocuparemos de esta última. La conducta agresiva o violenta en

este caso se refiere a un patrón de conducta de carácter primario frecuente y persistente de actitudes y conductas de agresión verbal y/o física contra personas, animales y objetos. Las conductas agresivas que aparecen como derivadas de otras enfermedades y que desaparecen al mejorar la patología de fondo, no deben ser catalogadas como trastornos de la conducta como tales correspondiendo el diagnóstico a la enfermedad de base. No obstante, puede haber comorbilidad, es decir, que una conducta agresiva puede coexistir con otro trastorno psicopatológico sin que ninguno sea la causa del otro, aunque si pueden influirse mutuamente.

Diagnóstico diferencial.

Las conductas agresivas primarias que tratamos aquí deben diferenciarse de:

- Conductas agresivas que aparecen como parte de una enfermedad previa y que desaparecen al curar o mejorar ésta (lesiones cerebrales, efecto de sustancias tóxicas como el alcohol y las drogas, ciertos fármacos, la manía, la esquizofrenia, las depresiones que cursan con irritabilidad, los estados de estrés agudo y otras.

- Algunas conductas agresivas ocasionales que se dan en los niños y los adolescentes en ciertos momentos de frustración o de actitud defensiva como las peleas entre compañeros de escuela, entre hermanos o incluso algunas veces la agresión a padres. Estas conductas no tienen el carácter persistente y suele haber en los niños que las cometen mayor capacidad de aprendizaje en relación a las consecuencias.

Etiopatogenia.

La agresión no es un fenómeno que se pueda reducir a un simple esquema de causa y efecto, sino que es algo más complejo. De hecho, muchas veces no puede tener una explicación completa. Es necesario integrar en su etiopatogenia lo siguiente:

- El aprendizaje familiar y social.
- Circunstancias que provocan las conductas aprendidas.
- Control o descontrol funcional de centros anatómicos cerebrales relacionados con la expresión de la agresividad. Aquí se incluye también la hipótesis neuro bioquímica.

Las conductas agresivas pueden encontrarse en casi todas las especies animales y muchas veces desde etapas muy tempranas del desarrollo. Esto hizo pensar que existe un impulso agresivo innato tanto en animales como en seres humanos (Lorenz).

Es indudable que existen casos en los que la conducta agresiva está fuertemente condicionada por factores biológicos relacionados con áreas cerebrales como el sistema límbico-hipotalámico, lo que apunta a favor de un factor constitucional al que se añade muchas veces el efecto desorganizador de ciertos estados patológicos y sus secuelas.

El neurotransmisor serotonina ha sido también implicado en la génesis de las conductas agresivas. Las neuronas serotoninérgicas se localizan en los núcleos del rafe en el tronco cerebral y ascienden por el haz prosencefálico medial proyectándose

hasta el hipotálamo y diversas estructuras límbicas relacionadas con las emociones (Bear, Connors y Paradiso). La disminución de la tasa de síntesis y liberación de serotonina sería el mecanismo favorecedor de la agresión, como lo prueba el hecho de que los fármacos que bloquean estos procesos inducen a las conductas agresivas.

No obstante, esta condición biológica se complementa con el aprendizaje de estas conductas y raras vez pueden ser la causa única. Los estudios sobre el aprendizaje social de las conductas de Bandura y Walters, mostraron que la conducta violenta se aprende en un contexto social mediante procesos de imitación, de pautas de refuerzos y extinción. También los estudios de Dollard y sus colaboradores relacionando la emergencia de la agresión a la frustración fueron un aporte importante en este sentido, pero a esto añadió Bandura que "la naturaleza de la respuesta a la frustración dependerá de la instrucción social previa del sujeto frustrado, o más específicamente, de los procedimientos de refuerzo y modelado que ha experimentado anteriormente".

En los jóvenes que se presentan como agresivos es necesario realizar.

- Estudio de los antecedentes biológicos: constitución, estilo temperamental, antecedentes patológicos y examen físico actual.
- Estudio de la idiosincrasia familiar y social en la que se desenvuelve. Actitudes relacionadas con la convivencia y forma de manejo de las situaciones adversas.
- Historia del reforzamiento previo.
- Análisis funcional de la conducta: contingencias de la conducta agresiva y sus consecuencias.

Comorbilidad.

La conducta agresiva se puede asociar frecuentemente a casos de:

- Síndrome de hiperactividad. Cuando se asocia con conducta violenta su tratamiento se hace más difícil y su pronóstico menos favorable.
- Consumo de drogas. Muchos consumidores de drogas ilícitas y de alcohol son ya de por sí personas con temperamento violento.
- Retardo mental moderado a leve (en el retardo mental grave y profundo la agresividad es más una consecuencia del daño cerebral que tienen muy evidentemente estos pacientes).
- Depresión. Si la depresión remite, la tendencia a la conducta agresiva sigue existiendo. En caso contrario, el agravamiento de la depresión puede a su vez precipitar más actos de agresión por parte del paciente.

La actitud hostil

Síntomas y diagnóstico.

La hostilidad se define como los sentimientos e impulsos que contienen un elemento de destrucción hacia otros. Puede ser una actitud sin llegar a la agresión aunque constituye un paso previo a la misma. La hostilidad se manifiesta de formas diversas y se dirige hacia todos los demás o hacia determinadas personas(hermanos, padres,

madrastra o padrastro, compañeros, docentes, vecinos, etc.). Formas comunes de actitud hostil son:

- Criticar en forma destructiva y malintencionadamente.
- Impedir a otros desarrollar normalmente sus actividades interrumpiendo u hostigando.
- Acusar con ánimo de daño; levantar calumnias a otros.
- Burlarse de los demás y hacer bromas pesadas sin medir las consecuencias.

Puede darse el caso de que la hostilidad se manifieste por una sola de las conductas antes citadas, o que adopte formas encubiertas o indirectas, especialmente en los introvertidos, o en los que temen una reacción violenta de parte de quienes son objeto de su hostilidad. Cuando ésta no se puede dirigir contra personas o personas blanco de la ira, entonces se deriva hacia otras, contra animales u objetos. La frustración es un sentimiento que se encuentra en el origen de la hostilidad muy a menudo. Los niños hostiles crean situaciones de rechazo hacia ellos como producto de sus actitudes, lo que lleva a un incremento de las mismas.

Para que podamos diagnosticar la actitud hostil como un trastorno de la conducta debe ser una tendencia persistente en el niño o el joven y no obedecer la irritabilidad momentánea por circunstancias de estrés, como una actitud defensiva ante hostigamiento real por parte de otros, o la que es causada por otras patologías como la depresión, los estados de ansiedad, síndromes psicóticos, enfermedades físicas, etc. Debe tratarse de una hostilidad no justificada, consciente, persistente y primaria.

Etiología

- Maltrato físico o psicológico.
- Autoritarismo de parte de los padres o los docentes con un ambiente de rigidez e intolerancia en la casa o en la escuela.
- Trauma por separación de los padres.
- Sensación de preferencia por otro hermano de parte de los padres o de otro alumno por parte de los maestros o profesores.
- Actitud permanente de recriminación de parte de los adultos por fracasos escolares.
- Abandono afectivo de los padres o alguno de ellos.
- Críticas y burlas frecuentes de parte de los compañeros de escuela.

La conducta oposicionista-desafiante

Síntomas y diagnóstico.

La CIE-10 define esta conducta como un trastorno disocial desafiante y oposicionista cuyo rasgo esencial es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural, que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial.

Síntomas de esta conducta son:

- Oposición activa a demandas y reglas de los adultos.
- Molestar deliberadamente a otras personas.
- Tendencia a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Provocar enfrentamientos.
- Comportamiento grosero y de no colaboración.

No se debe confundir con:

- Desobediencia frecuente y normal que muchos niños presentan en ciertos momentos de su vida, especialmente en las edades más tempranas y que es producto de la inmadurez, de una disciplina inconsistente, o de la distracción.
- La negativa a ejecutar algunas pocas demandas, lo cual puede ser un acto legítimo de afirmación de la personalidad cuando se considera que lo que se pide es injusto, excesivo, o peticiones caprichosas de los adultos que de esta manera intentan poner a prueba su autoridad.
- La falta de cumplimiento de órdenes de niños que no oyen bien.
- La falta de seguimiento de órdenes de niños con autismo, psicosis o patologías similares.

Etiología

- Demandas excesivas o inadecuadas de los adultos de forma persistente.
- Sentimientos de ser rechazado o no querido.
- Malas relaciones con maestros o profesores.
- Deseos de llamar la atención, ya sea por una atención afectiva insuficiente, o por una actitud competitiva con hermanos o compañeros.
- Maltrato físico o psicológico.

La conducta oposicionista-desafiante se asocia frecuentemente con los trastornos hipercinéticos y otros trastornos de la conducta.

Consecuencias.

- Provocación de amenazas y de castigos físicos por parte de los adultos o de hermanos mayores.
- Desmejoramiento de las relaciones con el personal docente y disminución de las calificaciones académicas.
- Sensación en el menor oposicionista de que se le quiere menos que a otros hermanos o compañeros “más obedientes”, o de que las figuras de autoridad están contra él.
- Aumento de la hostilidad y la negatividad en el niño por la actitud represiva de los adultos.
- Sensación de frustración en padres y maestros.

- Aumento de las exigencias de obediencia de parte del adulto para obligar al niño o joven a dejar su actitud, o para probar su autoridad ofendida, lo que agrava la situación.

La conducta incendiaria

Síntomas y diagnóstico.

Se trata de una conducta intencional, recurrente y planificada de incendiar objetos específicos (casas, muebles, papeles, juguetes, etc.). Los niños y jóvenes incendiarios tienen patrones conductuales caracterizados por impulsividad, agresividad, hostilidad y rebeldía. Emocionalmente son inseguros, poco tolerantes, con baja autoestima, relaciones interpersonales deficientes e incapacidad para expresar sus frustraciones de manera más apropiada. Es usual que provenga de hogares desintegrados o con una dinámica familiar patológica o con disciplina inconsistente. Las patologías que se asocian a esta conducta más frecuentemente son:

- Otros trastornos disociales como la conducta agresiva, la delincuencia.
- Depresión.
- Trastorno hipercinético con déficit de atención.
- Trastornos del aprendizaje con bajo rendimiento escolar.
- Retardo mental leve a moderado.

Diagnóstico diferencial.

Debemos distinguir la conducta incendiaria que se ejecuta con plena conciencia de aquella que se da en patologías como la esquizofrenia, la manía, los trastornos orgánicos cerebrales, el autismo infantil y el retardo mental grave, ya que en estos casos no existe una intención planificada y consciente, siendo producto más bien de actos provocados por ideas delirantes, alucinaciones o impulsos no controlados por el individuo. Los sujetos que están bajo el efecto del alcohol o de otras drogas que limitan su capacidad de juicio también puede abocarse a conductas incendiarias. La piromanía (Gr. pir = fuego + manía = furor) es una conducta incendiaria pero que obedece a impulsos irrefrenable y por tanto no tiene las características de intencionalidad y planificación de la conducta incendiaria a la que nos referimos en este apartado.

Etiología

- Aprendizaje por reforzamiento debido a juego frecuente con fuego.
- Aprendizaje por imitación en la vida real o a través de las películas.
- Situaciones de estrés originadas en el medio familiar como el divorcio de los padres, violencia entre padres, maltrato físico y psicológico.
- Situaciones de estrés relacionadas con la escuela: rechazo por parte de los compañeros; conflictos con los docentes; fracaso académico.
- Necesidad atención y reconocimiento por parte de los compañeros, o de camaradas de pandilla.
- Necesidad de vengarse de otras personas que piensa le han maltratado o rechazado.

Consecuencias

- Daño y pérdida de propiedades propias y ajenas.
- Daño y posible muerte de personas que quedan atrapadas en un incendio provocado.
- Internamiento en un centro para menores infractores.
- Reforzamiento de la conducta incendiaria del individuo si consigue elevar su autoestima al lograr reconocimiento y la satisfacción de haber consumado un acto de venganza.
- Agravamiento de la patología familiar ya existente.

La conducta de robo

Diagnóstico.

Para que una conducta de robo pueda ser calificada como un trastorno de la conducta debe tener las siguientes características:

1. Darse de forma consciente de que se está privando a otro de lo robado. Para esto es necesario que se haya desarrollado en el niño el concepto del derecho a la propiedad por parte de los demás lo cual no se da en niños muy pequeños y en los retardados mentales graves y en aquellos que padecen alguna enfermedad mental que limita el campo de su conciencia.
2. No tener como justificación la satisfacción imperiosa de una necesidad básica como cuando se roba para poder comer.
3. Darse de forma frecuente y reiterada a pesar de los castigos o reprimendas.
4. No obedecer a un impulso patológico como en la cleptomanía.

Las mentiras persistentes

Diagnóstico

Entendemos por mentira como trastorno de conducta:

- Una actitud deliberada de ocultar o tergiversar la verdad de las acciones propias o de otros.
- Que da de forma consciente.
- Que es frecuente y reiterada a pesar de los castigos o reprimendas.
- Tener consecuencias importantes en las relaciones interpersonales del individuo que miente, o perjuicios para otras personas.

Diagnóstico diferencial

Los niños mienten por diversas razones y es necesario distinguir en base a esto los diferentes tipos de mentiras como:

- Mentiras imitativas: son aquellas que se aprenden de los mayores de modo que los niños aprenden a mentir desde muy temprano y a valorar la mentira como algo útil en diversas situaciones.
- Mentiras fantásticas: son producto de la imaginación del niño y son de carácter inofensivo, y si se hacen persistentes y perjudican de alguna manera la vida de aquél, no tienen la intención de ocultar o alterar la verdad para dañar u obtener beneficios.
- Mentiras para llamar la atención: se dan en niños con baja autoestima o dificultades en las relaciones interpersonales dentro o fuera de la familia.
- Mentiras defensivas: tienen la intención de evitar una consecuencia desagradable y es frecuente en niños sometidos a muchas presiones y normas de parte de los adultos.

Fugas del hogar y de la escuela

Diagnóstico.

Consisten en:

- Escapes o ausencias deliberadas y sin consentimiento de los padres o la escuela.
- Que se dan de forma consciente y persistente a pesar de los castigos y reprimendas.
- Que no se justifican por una enfermedad psiquiátrica de fondo como estados disociativos, depresiones, fobia escolar, angustia de separación, estados psicóticos o manía.
- Que no obedezcan a evitación de maltrato físico o psicológico.

Etiología

En relación a la escuela:

- Desinterés por los estudios.
- Bajo rendimiento académico.
- Conflictos con docentes.
- Mayor atracción por actividades fuera de la escuela como reunirse con otros jóvenes para delinquir, consumir drogas o bebidas alcohólicas, jugar, etc.

En relación al hogar:

- Conflictos con los padres.
- Dinámica familiar alterada.
- Interés por actividades ilícitas como el consumo de drogas y alcohol o actividades delictivas.
- Interés por reunirse con amigos o una novia que los padres no aprueban.

La conducta impertinente

Diagnóstico

Se trata de una conducta que:

- Que va en contra de las normas disciplinarias establecidas.
- Que se da de forma frecuente y persistente.
- Que no obedece a trastornos como el síndrome de hiperactividad,
- un estado psicótico o un estado de ansiedad.
- Que causa alteraciones importantes en el medio escolar, social y familiar en el que se desenvuelve el individuo.

Conductas en la escuela como interrumpir las clases haciendo ruidos, tirándose al suelo, molestando a los compañeros, haciendo burla de los maestros o profesores, salirse del aula, no seguir instrucciones o jugar durante las clases. En el hogar, son comportamientos como molestar constantemente a los hermanos, salir fuera de la casa sin permiso(pero sin el carácter de una verdadera fuga), correr por la casa, saltar encima de los muebles, desordenar, dejar todo tirado en lugares inapropiados(la ropa, los útiles escolares, los artículos de baño, resto de alimentos, etc.). Y fuera de la casa o la escuela, molestar a los vecinos o hacerles bromas pesadas, burlarse de personas desconocidas o de compañeros de juego, alterar el orden o las normas cuando juega con otros niños, etc.

Etiología

- Inmadurez emocional.
- Necesidad de llamar la atención.
- Insuficiencia en los contactos sociales o de las oportunidades de juego.
- Disciplina doméstica deficiente o insuficiente con pobre introyección de normas de convivencia.

Tratamiento

El tratamiento dependerá del tipo de comportamiento, de la edad de los pacientes y los factores ambientales coadyuvantes. En términos generales, los métodos de tratamiento pueden ser:

- Terapia de familia cuando ésta sea disfuncional y genere frustraciones o alteraciones emocionales en el niño o adolescente.

- Consejería familiar cuando existe una situación de disciplina inconsistente e ineficaz.

- Orientación a los educadores para que sepan cómo tratar a estos jóvenes con trastornos de la conducta y cómo evitar que por sus propias actitudes o comportamientos, aquéllos en vez de mejorar empeoren.

- Tratamiento de los problemas de tipo académicos que pueden predisponer a la mala conducta.

- Métodos de modificación de conducta como: control de estímulos; reforzamiento de las conductas contrarias; desensibilización ante estímulos que provocan agresión y otras conductas inadecuadas; extinción de conductas indeseables mediante castigos apropiados o retiro de la atención(como el “tiempo fuera”); sobre corrección y otros.

- Terapia cognitiva para ayudar al paciente a mejorar su conducta mediante la corrección su forma de pensar acerca de los demás, de la forma cómo interpreta los hechos y las consecuencias de sus conductas. Esta terapia cognitiva se complementa con técnicas de autocontrol. También aplica la terapia emotivo-conductual mediante la cual se ayuda al paciente a reconocer los estados emocionales ligados a la secuencia temporal de las situaciones que lo llevan a la conducta disocial y a su mejor comprensión y manejo.

- Medicación cuando se trata de conductas que no responden a los tratamientos anteriores; que ponen en peligro constante la integridad física del propio niño o de otras personas; que son lo suficientemente frecuente como para interferir de modo importante con la vida social y familiar del joven; provocan agresividad en el entorno y se deterioran sus relaciones interpersonales del niño o adolescente.

Los fármacos que más se utilizan para tratar niños y jóvenes con trastornos de la conducta son:

- Los antipsicóticos de baja potencia o los de alta potencia a dosis no antipsicóticas, sobre todo en casos de conducta agresiva (tioridazina, clorpromazina, olanzapina, risperidona).

- Los estabilizadores del humor como el ácido valproico, la carbamazepina y el litio (este último más que todo en pacientes con conducta agresiva difícil de controlar por otros medicamentos y en pacientes violentos con retardo mental).

- El propanolol en casos de conducta violenta explosiva.

- El metilfenidato en niños con conducta impertinente que no mejoran con tratamientos no farmacológicos (aunque no sean niños con síndrome de hiperactividad).

Consecuencias en la vida adulta

Cuando los niños o adolescentes con trastornos de conducta no son tratados o no mejorar con los tratamientos aplicados, las consecuencias en la vida adulta pueden ser:

- Trastornos de personalidad disocial.
- Conductas delictivas.
- Adicción a tóxicos.
- Fracasos en las relaciones interpersonales y en la vida académica y profesional.
- Actitud maltratadora hacia el cónyuge y/o los hijos.
- Deficiencias en la capacidad de ejercer un rol parental adecuado.

B. LOS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

Síntomas y diagnóstico.

Las características de este síndrome son:

1. Inquietud motora.
2. Impulsividad.
3. Atención lábil

La inquietud motora y la impulsividad se manifiestan por:

- Pararse mucho de la silla
- Correr por la casa, el aula o los pasillos
- Intranquilidad mientras permanece sentado
- Hablar demasiado
- No poder esperar
- Interrumpir frecuentemente
- Escribir o leer atropelladamente
- Juegos bruscos
- Gesticular

La atención lábil por:

- Distracción y escasa concentración
- No acabar las tareas
- Demorar mucho con las tareas o el estudio
- Olvidar dónde están los útiles escolares
- No seguir instrucciones
- Atender a estímulos insignificantes en detrimento de los importantes.

La CIE-10 los define como: un grupo de trastornos de inicio precoz con comportamiento hiperactivo pobremente modulado, marcada falta de atención, falta de continuidad en las tareas, de presentación en situaciones más variables y que persisten a lo largo del tiempo.

Los criterios para diagnosticarlos incluyen:

1. Síntomas excesivos para la edad y capacidad cognitiva.
2. Se deben dar al menos en casa y escuela.
3. Deben tener la frecuencia e intensidad suficientes para interferir en el rendimiento y las relaciones sociales.
4. Se deben haber iniciado antes de los 5 años.
5. Deben persistir por un mínimo de 6 meses.
6. No deben obedecer a otras causas: normal o patológica.

Los síndromes hipercinéticos con deficiencia de la atención (TH-DA) equivalen a lo que la psiquiatría norteamericana llama “Déficit Atencional con Hiperactividad”. La clasificación norteamericana o DSM-IV establece también la categoría de déficit

atencional sin hiperactividad, pero nosotros estamos más de acuerdo con la CIE-10 que dice textualmente: “En los últimos años se ha difundido el término diagnóstico de trastorno por déficit de atención. Sin embargo, este término no se utiliza aquí porque implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de diferente naturaleza.”

Así, muchos autores piensan que lo básico en estos niños es una inquietud excesiva que trae como consecuencia los otros síntomas. Otros, como la escuela norteamericana, piensan que lo fundamental es una deficiencia de la capacidad de atención. Nosotros opinamos que se trata de un trastorno de control de impulsos motores debido a una inmadurez neurobiológica.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos que más pueden confundirse con un síndrome hipercinético son:

- Estados de ansiedad.
- Manía o hipomanía
- Otros trastornos del comportamiento.
- Ingesta de ciertos medicamentos.
- Trastornos de visuales o auditivos.
- Trastornos del aprendizaje.
- Falta de motivación.

Comorbilidad

- Trastorno oposicionista-desafiante.
- Trastorno de conducta agresiva.
- Trastorno de conducta delictiva.
- Trastornos de ansiedad.
- Depresión.
- Trastornos del aprendizaje.
- Tics o Gilles de la Tourette.
- Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.
- Trastornos específicos del desarrollo psicomotor.

Los cuatro últimos trastornos se asocian frecuentemente con el síndrome hipercinético probablemente porque están relacionados con los mismos genes y la inmadurez neurobiológica. Los cinco primeros aparecen como consecuencias de los problemas de relación interpersonal, los fracasos escolares y las dificultades con los padres que sufren estos pacientes.

Etiopatogenia

- Endógena o genética: puede tratarse de una variante constitucional heredad o de anomalías genéticas heredadas o no. En este sentido, algunos estudios han implicado a las regiones cromosómicas 16p13 y 17p11 (Ogdie y Macphie), 15p, 7p, 9p y 2q24. Existen evidencias de que los genes relacionados con el transporte de dopamina son relevantes en la patogénesis del TH-DA.

Igualmente se ha sugerido una interacción entre los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos en la patofisiología de estos trastornos, estando implicada una variación del DNA de los genes relacionados con el transporte de las serotonina.

❖ Exógenas:

- Bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Apgar bajo
- Exposición al plomo en edades muy tempranas
- Exposición intrauterina al alcohol
- Exposición intrauterina a la nicotina

Las alteraciones anatómicas y fisiológicas que se han hallado en los pacientes con TH-DA son:

- Variantes anatómicas, especialmente disminución de volumen de áreas frontales, prefrontales, parietal derechas, ganglios basales y vermix cerebeloso.
- Aumento de flujo sanguíneo en áreas sensoriales primarias de la corteza temporal y occipital.
- Disminución del flujo sanguíneo en corteza frontal y núcleos caudados.
- Disminución del 8% del metabolismo cerebral de la glucosa especialmente en corteza premotora y prefrontal superior.

Estudios recientes apuntan a favor de un pobre control inhibitorio con déficit en el circuito fronto-estriatal, además de otras áreas cerebrales posteriores. También se ha establecido la hipótesis de una hiperinervación e hiperfuncionamiento de la rama mesocortical del sistema dopaminérgico.

En todo caso, a pesar de los numerosos estudios genéticos, de neurofarmacología y neuroimagen que han permitido avanzar un poco más en la comprensión de la patogénesis de los TH-DA, no existe aún un modelo teórico que puedan dar una explicación completa al respecto.

Evolución

La evolución de los niños y jóvenes con TH-DA dependerá de factores como:

- Comorbilidad: los casos que se asocian con otras patologías, especialmente con conducta agresiva y fracasos escolares tienen tendencia a abocarse en la vida adulta a alcoholismo, conductas delictivas y sociopatías. Cuando se asocia a depresión y baja autoestima puede llevar a limitaciones en la vida académica y profesional.

- Capacidad intelectual: una disminución de la capacidad intelectual no es favorable para un buen pronóstico por las dificultades adicionales que conlleva en el rendimiento escolar, la comprensión y solución de situaciones adversas o de riesgo.

- Ambiente familiar: cuando existe un ambiente familiar con una disciplina consistente, con roles parentales bien definidos y eficaces y un clima de afecto y comunicación positiva, los niños con TH-DA encuentran una educación y un apoyo que les permite superar muchas de los inconvenientes relacionados con su condición y por lo tanto es menos frecuente que desarrollen trastornos emocionales o de conducta persistentes. Siendo también menos probable que se quede sin una formación académica que le permita acceder a una profesión o un oficio técnico.

- Ambiente social: obviamente los niños hiperactivos que viven en barrios donde proliferan las drogas y donde es común la delincuencia, están en mayor riesgo de un pobre pronóstico.

- Tratamientos: los tratamientos multimodales, si se realizan adecuadamente y por todo el período de crecimiento del niño y el adolescente, pueden disminuir de forma significativa las posibilidades de una evolución hacia otras formas de patología y de conducta disocial.

Tratamiento

El tratamiento se debe hacer en base a seis modalidades:

- Farmacológico
- Orientación a padres y/o terapia de familia.
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Terapia psicopedagógica
- Asesoramiento de personal escolar para el adecuado manejo de la conducta de estos niños.

En el tratamiento farmacológico se utilizan:

❖ Los psicoestimulantes

a) Metilfenidato: este medicamento cuyo nombre comercial más conocido es Ritalina, se da en dosis que van desde los 5 mg hasta 40 mg/día.. En nuestro medio no solemos llegar a dosis más altas como se practica en otros países donde se llega hasta los 80 mg/día. Las dosis de metilfenidato se incrementan a razón de 5 mg por semana hasta llegar a la dosis terapéutica. Las dosis se reparten en dos o tres tomas(al inicio de la jornada escolar, a media mañana y en las primeras horas de la tarde cuando el paciente va a estudiar y hacer tareas). Con el metilfenidato de larga acción como el Concerta que en poco tiempo estará en el mercado de nuestro país, las dosis varían desde 18 a 54 mg/día en una o dos tomas.

b) Anfetaminas: son muy utilizadas en los Estados Unidos de Norteamérica pero no se encuentran en nuestra farmacopea y por lo tanto no las recetamos.

❖ Los antidepresivos

a) Tricíclicos: especialmente la imipramina cuando no se obtienen buenos resultados con los estimulantes o éstos producen efectos secundarios que obligan a suspenderlos. La imipramina se administra en dosis que van desde los 10 a los 30 mg/día, o de 1 a 3 mg/kg/peso/día, en una, dos o tres tomas. Algunos médicos la asocian al metilfenidato pero no creemos que puede tener riesgos esta práctica.

b) Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: se basan en la hipótesis de que el sistema serotoninérgico también está implicado en la patogénesis del TH-DA. Se dan una vez al día, en la mañana, y son más útiles cuando hay depresión o conducta agresiva asociadas.

c) Inhibidores de recaptura de norepinefrina: el más conocido es la reboxetina cuya dosis es de 2 a 4 mg/día.

- La clonidina: se utiliza más cuando los estimulantes no son bien tolerados y en casos en los que aparecen tics o síndrome de Gilles de la Tourette. Algunos la combinan con el metilfenidato. Las dosis se inician desde 0.05 mg y se aumenta progresivamente cada dos o tres días hasta un máximo de 5 mg cuatro veces al día.

- La atomoxetina: es un medicamento reciente que según algunos estudios es una alternativa válida al metilfenidato y las anfetaminas. Sus dosis están aún por establecerse pero oscilan entre 5 a 60 mg/día.

- Los neurolépticos o antipsicóticos solamente deben administrarse, combinados con el metilfenidato o la atomoxetina, cuando existan conductas agresivas o síndrome de Gilles de la Tourette. Uno de los más utilizados en dosis bajas a moderadas es el haloperidol. Recientemente también se ha recurrido a la risperidona.

La orientación a los familiares que conviven con el paciente acerca de la naturaleza del síndrome, el manejo de la conducta en el hogar, los hábitos de estudio y el tratamiento farmacológico es un aspecto esencial del tratamiento sin el cual éste se abocaría al fracaso. La terapia familiar se debe recomendar cuando existe una dinámica familiar alterada que en vez de contribuir a la mejoría del paciente lo empeora.

La psicoterapia individual que mejor funciona con los niños hiperactivos en edad escolar y adolescencia es la basada en la metodología cognitivo-conductual que incluye el autocontrol. Esta psicoterapia puede complementarse con técnicas de relajación corporal que ayudan al niño a un mejor dominio de su corporalidad y su motricidad. El entrenamiento en técnicas de atención-concentración también puede ser útil.

La psicoterapia de grupo está indicada cuando el paciente necesita desarrollar una mejor adaptación social aprendiendo a tolerar las frustraciones en situaciones de grupo y a relacionarse de manera más tranquila y eficiente con los demás.

La terapia pedagógica intenta remediar las dificultades academicas que tengan estos pacientes, con lo que se logra resultados más satisfactorios en su labor escolar y mayor aceptación de parte de los maestros. La mejoría en esta sentido coadyuva a

disminuir las conductas indeseables en el aula de clases y a elevar la autoestima del niño así como a satisfacer las expectativas de los padres.

La asesoría a los docentes que trabajan con los niños y jóvenes hiperactivos, debe ayudarlos a comprender la índole del problema de estos alumnos y a afrontar su conducta de una forma más eficaz, aplicando métodos de modificación de conducta y a establecer nexos más empáticos con ellos.

C. CLEPTOMANÍA Y LUDOPATÍA

Incluimos aquí estas patologías que tienen como base una falta de control de impulsos porque son conductas anómalas que tienen consecuencias negativas para el grupo familiar, laboral o social en el que se desenvuelve el individuo que las padece. En estas patologías el elemento de perturbación emocional es mínimo comparado con los trastornos emocionales ya descritos. Si bien el paciente se siente dominado por los impulsos, no existe el arrepentimiento ni la necesidad de actos retributivos.
Se trata de conductas persistentes en las que el paciente cae frecuentemente y sin que exista la justificación de la obtención de algún beneficio o la meta premeditada de perjudicar a otras personas.

En la cleptomanía (Gr. kléptein = robar; manía = locura), se roba objetos de manera irresistible lo que produce gratificación al paciente. Se dice que los cleptómanos pueden presentar entre los episodios de robo algún grado de ansiedad y culpabilidad, pero estos sentimientos no duran mucho y no alcanzan niveles suficientes como para deprimirlos o evitar que vuelvan a robar. Se roba cualquier cosa sin que lo robado tenga utilidad alguna para el paciente: el objeto robado no es más que el motivo para que se satisfaga un impulso.

Se debe diferenciar de los robos que ejecutan pacientes con trastornos psicóticos y maníacos, con trastornos orgánicos, así como de aquellos que están motivados por una necesidad de atención o de afecto, o de los que tienen como finalidad el obtener algo que se desea demasiado y no se puede conseguir de otra manera. No debe confundirse en los niños pequeños con el robo ocasional de algún objeto como juguetes, lápices, plumas y otros que atraen el interés de aquéllos. Estos “robos” no tienen el carácter de impulsividad inevitable que tiene la cleptomanía y obedecen a un claro interés por esos objetos.

En la ludopatía (Gr. ludus = juego), existe una necesidad imperiosa de participar de juegos de azar y apuestas. Estos pacientes pasan mucho tiempo metidos en los casinos, hipódromos y otros lugares de apuestas. Como consecuencia de estas conductas suele haber merma importante de la economía familiar, desinterés por todo lo que no sea el juego que lleva incluso a descuidar las obligaciones laborales y sociales. Con frecuencia pueden sentirse inclinados a tomar dinero ajeno para sus apuestas o para pagar deudas que han contraído. También debe diferenciarse de las conductas similares que presentan otras personas con trastornos como los psicóticos y bipolares que no tienen una conciencia clara de sus actos. El ludópata sabe lo que hace pero no puede evitarlo. Los problemas que se derivan de su trastorno como la pérdida de la confianza de parte de los familiares, la pérdida de las amistades y de los empleos, así como el descalabro de la economía personal y familiar sí pueden hacerlo

caer en estados depresivos, especialmente si ha sido arrestado y condenado por robar dinero.

Estas patologías no son propias de la niñez pero pueden iniciarse en la adolescencia tardía cuando los jóvenes empiezan a asistir a casinos, bingos y otros juegos, y aunque las leyes prohíban la entrada a estos lugares a menores de edad, es un reto para ellos lograrlo sobornando a los vigilantes o falsificando la edad.

El tratamiento de la cleptomanía y la ludopatía es muy difícil y con resultados poco alentadores en régimen ambulatorio. Se aplican terapias de modificación de conducta, de grupo y el internamiento prolongado en centros de rehabilitación. Los fármacos no tienen mucho efecto en estas conductas.

D. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA SEXUAL

Tratamos aquí de las conductas de tipo sexual que dañan u ofenden a otras personas como:

- El exhibicionismo: o tendencia persistente a exponer los órganos sexuales a extraños, generalmente del sexo opuesto, y suele acompañarse de excitación sexual. Es una conducta impulsiva que el paciente no logra controlar.

- La escoptofilia (Gr. scopós = objeto o blanco al que uno mira y atiende + fílos = amante o amigo de). Es la tendencia persistente a estar observando personas cuando se desnudan o cuando están en actividad sexual y también, como en el exhibicionismo, conlleva un estado de excitación que acaba en masturbación.

- La pedofilia (Gr. pedo = prefijo que denota relación con niños). Se trata de una tendencia también recurrente de realizar actividades sexuales con niños, independientemente de que la persona mantenga también relaciones con adultos. En algunos casos, la incapacidad, física, psicológica o social, de relacionarse sexualmente con mujeres adultas, lleva a algunos hombres a preferir el contacto con menores de edad que muchas veces reclutan entre los niños o niñas de la calle, pero también en otros lugares, incluso la propia familia.

- El sadismo: es la costumbre de infligir dolor o humillación a las personas con las que se mantiene actividad sexual. Su nombre provienen de un conocido escritor y libertino francés del siglo 18 llamado el Márques de Sade. Es una forma de obtener satisfacción sexual incluso aunque no se llegue al coito. Cualquier otra violencia que se dé durante la relación sexual pero que no tiene un valor erótico, no es sadismo. Cuando es el enfermo el que para excitarse sexualmente necesita ser violentado o humillado, entonces de conoce como masoquismo (de Leopold von Sacher-Masoch).

- El abuso sexual y la violación: son conductas cuyo fin es obtener satisfacción sexual mediante actos libidinosos o la penetración (vaginal o anal) con personas forzadas a ello. No se trata de impulsos incontrolables como en el caso de otras conductas sexuales antes mencionadas, sino actos deliberados. Es frecuente que jóvenes en la pubertad o adolescentes abusen sexualmente de niños menores, incluso aunque sean hermanos o hermanas, provocándoles

trastornos emocionales o de la identificación psicosexual que pueden durar por años o toda la vida en algunos casos. Otras veces, lo que comenzó siendo un abuso no consentido por la víctima, se convierte en una situación aceptada por ésta. Cuando este es el caso, los niños abusados empiezan a imitar esas conductas sexuales con otros niños y a veces intentan hacerlo con sus propias madres, sobre todo cuando se trata de niños en edad preescolar. También es frecuente el intento de violación de jóvenes adolescentes a niñas de su edad en los colegios o en los vecindarios trayendo como consecuencia los embarazos precoces y la propagación de enfermedades de transmisión sexual. Si se trata de relaciones sexuales consentidas entre adolescentes y no de la tendencia persistente de parte de una persona a abusar sexualmente de otros, entonces no se trata de conductas patológicas. Tampoco podemos hablar de patología cuando un adolescente o niño ha intentado o cometido un acto de esta índole en perjuicio de otra persona sin llegar a la violación, si ha sido una o dos veces y no se ha vuelto a repetir, aunque sí si es un adulto el que lo hace, ya que no se puede atribuir a un menor de edad la misma responsabilidad que a éste que se supone debe estar en pleno control de sus conductas en todo momento, si no padece de alguna enfermedad que limite su capacidad de juicio. En todo caso, lo que hace patológicas a las conductas a las que nos referimos en menores de edad es su carácter reiterativo y de ataque al pudor de otras personas, que no cede a pesar de las consecuencias como reprimendas, castigos o incluso amenaza de demanda penal.

Los jóvenes que ofenden sexualmente a otras personas han sido clasificados por Becker en cuatro tipos:

a) Los verdaderos parafílicos con un patrón bien definido de respuesta sexual.(Gr. pará=más allá, al lado + filein=amor; se refiere a una actividad sexual aberrante).

b) El joven antisocial cuya conducta de ofensa sexual es sólo una faceta de su tendencia a explotar a otros.

c) El adolescente con un trastorno psiquiátrico o neurológico que interfiere con su habilidad para regular y modular impulsos sexuales y agresivos.

d) El joven cuyas habilidades sociales e interpersonales no son adecuadas y se vuelven hacia niños más pequeños para obtener satisfacciones sexuales que no pueden lograr con personas de su grupo de edad.

En relación al punto d, creemos que no tendría cabida en este apartado, por tratarse de una conducta ocasionada por un impulso irresistible y por lo tanto no está en concordancia con la definición que hemos adoptado aquí de abuso sexual.

Por otro lado, se ha visto que los jóvenes que abusan sexualmente de otros menores suelen tener antecedentes más frecuentes de familias inestables, de otros trastornos de conducta o emocionales, de dificultades de aprendizaje y rendimiento escolar, de hiperactividad con deficiencia de atención, de retardo mental, de abuso de sustancias e incluso de abuso sexual hacia ellos mismos.

Tratamiento

Nos referiremos naturalmente en este caso al tratamiento del abusador y no de la víctima. El tratamiento de personas con estas conductas sexuales patológicas debe centrarse en:

- Educación sobre la sexualidad en sus aspectos tanto biológicos como psicológicos y sociales. Se incluye la clarificación de valores y la empatía hacia las víctimas del abuso.

- Psicoterapia individual cuya orientación y duración dependerá del tipo de conducta sexual anómala y la edad mental del paciente. La finalidad en términos generales es eliminar esas conductas mediante el fortalecimiento de la capacidad de autocontrol, la comprensión de las situaciones y las consecuencias que se originan a causa de aquellas y el alivio de las tensiones que se producen en el paciente por el conflicto entre sus impulsos sexuales y la conciencia de que se está cometiendo una falta grave.

- Modificación de conducta: control de estímulos y prevención de respuestas; condicionamiento aversivo para eliminar las respuestas placenteras cuando se comete un acto de abuso sexual. Esto se puede hacer mediante métodos directos o indirectos (por imaginación).

- Actuar sobre factores ambientales que puedan inducir al paciente a estas conductas (televisión, amistades, padres machistas que promueven en sus hijos la precocidad sexual, falta de privacidad en el hogar, promiscuidad, etc.).

- Medicación: se han utilizado los inhibidores de la recaptura de serotonina para disminuir los impulsos y preocupaciones sexuales. La fluoxetina, la fluvoxamina y la clorimipramina han sido las más administradas.

CAPÍTULO 18

TRASTORNOS PSICÓTICOS

En este capítulo se describen un grupo de enfermedades cuyas características fundamentales son la pérdida del sentido de la realidad y la ausencia de conciencia de enfermedad y de autocrítica. En las psicosis los límites entre el mundo externo y el yo no se perciben de forma clara como en los sujetos normales o con otras patologías, y el paciente empieza, de manera progresiva o aguda, a mostrar una serie de síntomas que reflejan un estado disociado y desorganizado de la conciencia. Son más frecuentes de la adolescencia en adelante, pero pueden darse también en la niñez y la pubertad. Las personas psicóticas sufren cambios importantes y dramáticos en el comportamiento, las relaciones sociales, la actividad productiva, el pensamiento, el lenguaje y las percepciones.

Incluimos dentro de este grupo a las siguientes enfermedades:

A. Esquizofrenia
B. Trastornos psicóticos agudos y transitorios
C. Psicosis orgánicas y tóxicas.
D. Trastorno esquizoafectivo
E. Trastorno bipolar

A. ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Síntomas y diagnóstico.

La palabra esquizofrenia significa mente disociada o disgregada y fue introducida en la literatura médica por Eugene Bleuler en 1911. Para este autor, se trata de una disociación de las funciones psíquicas y se refería a "las esquizofrenias" ya que consideraba que no tenía una etiología única. Bleuler afirmaba que estos trastornos no conducen irremediablemente a un estado demencial, sino más bien a alteraciones de la personalidad relacionadas con la afectividad, los intereses y la espontaneidad, no siendo la incurabilidad una característica fundamental.

Potter, en 1933, aplicaba a las esquizofrenias de los niños el mismo criterio respecto a los adultos, pero pensaba que en aquéllos los aspectos psicológicos y conductuales están menos diferenciados debido a la inmadurez del sistema nervioso central y, por lo tanto, modifica algo el cuadro sindrómico. Estableció seis puntos para el diagnóstico:

1. Retracción general de intereses sobre el ambiente.
2. Pensamiento, sentimiento y conducta de tipo autístico o dereístico.
3. Trastornos del pensamiento: bloqueo, simbolización, condensación, perseveración, incoherencia, disminución, mutismo.
4. Defectuoso contacto afectivo.
5. Afectividad disminuida, rígida, distorsionada.
6. Alteraciones de la conducta con aumento de la motilidad, inmovilización completa, y conductas raras con tendencia a la perseveración o las estereotipias.

Potter no definió cuáles síntomas eran necesarios para hacer el diagnóstico.

En la misma década de los treinta, Lutz, siguiendo el criterio de Bleuler, definió los síntomas de la esquizofrenia infantil así:

1. Trastornos de las relaciones que evolucionan al aislamiento.
2. Embotamiento afectivo con disociación y desestructuración de la afectividad.
3. Alteraciones de la actividad en forma de apatía o de excitación impulsiva.

Daba mucha importancia al factor tiempo en el diagnóstico, en parte debido a la especificidad de algunos síntomas según la edad del niño, y porque existe una dependencia de la manifestación de la psicosis en relación al desarrollo global de la personalidad.

Al inicio de los años cuarenta, Bradley y Bowen señalaron ocho síntomas de la esquizofrenia en niños que describieron como:

Síntomas primarios:

1. Aislamiento.
2. Irritabilidad.
3. Conducta extravagante.
4. Intereses regresivos.
5. Sensibilidad.
6. Afección del funcionamiento general en la sociedad.

Síntomas secundarios:

1. Sueños diurnos.
2. Inactividad física.

En 1949, Tramer describía la esquizofrenia juvenil como un cuadro clínico en el que hay una perturbación del contacto con el mundo, que acaba interrumpiéndose de forma total; los sentimientos sociales también se afectan y se produce además una regresión sentimental hasta grados muy primitivos; hay conductas bizarras, ensueños diurnos y autismo que se repiten en fases y también alteraciones del habla, mutismo o verborrea, y el lenguaje acaba por desmoronarse. Ni las ideas delirantes ni las alucinaciones se producen en niños menores de 6 años según Tramer, y después de esta edad se pueden dar pero de forma aislada. Distinguía las formas de comienzo y curso insidioso, además de las de inicio brusco y curso en brotes, aunque no llegaba a separarlas de forma tajante.

Goldfarb,en 1963, señalaba tres características importantes de los niños esquizofrénicos:

1. Deficiente autoconciencia.
2. Aberraciones preceptúales.
3. Marcado estado de ansiedad.

Según este autor el niño afectado de esta enfermedad no percibe la estabilidad y continuidad del ambiente total, una capacidad necesaria para el auto conocimiento claro y estable.

Alderton, en una revisión publicada en 1966, describía los siguientes síntomas de esquizofrenia infantil:

1. Falta de buena identidad.
2. Pensamiento y conducta autista.
3. La presencia simultánea de de retraso y precocidad en ciertas funciones psicológicas.
4. Pérdida de los intereses normales o intereses regresivos.
5. Alteraciones del lenguaje en ritmo, entonación, tono y volumen.
6. Relaciones sociales deficientes con incapacidad para la empatía y tendencia al aislamiento.

En 1971, Kolvin, Dunsted, Humphrey y McNay, consideraban que en tres quintas partes de niños psicóticos cuya enfermedad se iniciara en la niñez tardía, se encuentran trastornos de la asociación y bloqueo del pensamiento e ideas

persecutorias. Cerca de un 80% tienen alucinaciones auditivas u de éstos, la mitad aproximadamente suelen padecer también alucinaciones visuales o táctiles. Igualmente reportaban como frecuentes alteraciones del ánimo, perplejidad, manierismos y muecas. Alrededor de dos tercios de los pacientes tenían además aplanamiento afectivo. Los autores citados hacían notar que las psicosis precoces y de la niñez tardía se diferencian de forma significativa en relación a la clase social, la historia familiar en relación a la esquizofrenia, la evidencia de disfunción cerebral, el nivel de inteligencia y el patrón de síntomas.

Edgell y Kolvin en 1972 comprobaron que en los niños psicóticos aparecen alucinaciones sin que disminuya el nivel de conciencia. En un grupo de 33 pacientes con psicosis infantiles tardías, el 81% presentaron alucinaciones auditivas, 36% alucinaciones visuales y 30% táctiles. Después de los 9 años parecían alucinaciones más organizadas y sistematizadas, siendo más parecidas a las de los adultos esquizofrénicos mientras mayor era el paciente.

En la década del setenta se publicó un estudio piloto sobre la esquizofrenia patrocinado por la OMS y que confirmaba que los síntomas más útiles para el diagnóstico diferencial son:

1. Ilusiones de control.
2. Inserción del pensamiento.
3. Alucinaciones auditivas en tercera persona o referidas al paciente y sin base afectiva.
4. Aislamiento.

La clasificación internacional actual (CIE-10), sugiere como pauta de diagnóstico, tanto para niños como adultos, la presencia por un periodo de un mes o más de un síntoma evidente o dos si son menos evidentes de los expuestos a continuación:

1. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo, o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.

Otro criterio sería la presencia por el mismo tiempo señalado, de síntomas de por lo menos dos de los siguientes grupos:

1. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobre valoradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
2. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

3. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo o estupor.
4. Síntomas negativos tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional(que conducen habitualmente a aislamiento y disminución de la competencia social).
5. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida del interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto o aislado (Estos síntomas se aplican sólo a la esquizofrenia simple y requieren estar presentes por lo menos un año).

La Academia Americana de Psiquiatría da como síntomas de una posible esquizofrenia infantil:

1. Alucinaciones visuales o auditivas.
2. Confusión de los sueños y o la televisión con la realidad.
3. Ansiedad y temor intensos.
4. Dificultades importantes para lograr amistades.
5. Cambios bruscos del humor.
6. Conductas extrañas.
7. Pensamientos confusos, ideas vívidas y bizarras.

En la esquizofrenia pueden darse igualmente deterioros de las funciones cognitivas que pueden estar presentes incluso antes de manifestarse la enfermedad, pero que con el avance de ésta se agravan. Este déficit cognitivo se produce con intensidad diferente en los procesos de memoria, atención, procesamiento de información y de aprendizaje. Algunos investigadores sostienen que estos trastornos cognitivos son síntomas primarios y permanentes. También se ha hablado de la presencia en estos pacientes de una dismetría cognoscitiva que consiste en una relación falsa entre la realidad objetiva y la percibida correspondiendo a un intento del cerebelo para corregir errores de percepción, pensamiento o conducta (Andersen).

Ningún síntoma de las psicosis esquizofrénicas es exclusivo de ellas pudiendo presentarse en otras patologías psiquiátricas, pero podemos decir que existen algunos que las caracterizan como la distorsión de los procesos del pensamiento y de las percepciones. Como consecuencia de estas alteraciones surgen síntomas como los delirios, las alucinaciones, los trastornos del lenguaje, el deterioro de la conducta social y emocional.

Los delirios, que son creencias falsas que el enfermo toma como absolutamente reales, se presentan con diferentes modalidades: religiosos, de grandeza, de persecución, de control, transmisión o robo del pensamiento, de contenido sexual o corporal. El paciente cree tener grandes poderes, o estar destinado para importantes misiones políticas, religiosas o sociales; puede creer que es capaz de comunicarse a grandes distancias con otras personas mediante el pensamiento, o que lo invade el pensamiento de otro y lo controla; que lo persiguen para asesinarlo, encarcelarlo o transformarlo en otro ser; que es un personaje importante de la historia, de la actualidad o de una serie de televisión; que está viviendo en otro mundo y los que le rodean no son humanos; que su cuerpo o alguno de sus órganos se han transformado o no existen; que se tiene un embarazo de muchos meses o años, etc. El contenido de los delirios está muy influido por el nivel de desarrollo cognitivo y emocional del paciente, pero también por creencias culturales, religiosas, políticas o filosóficas.

Las alucinaciones consisten en percepciones a través de los sentidos sin la existencia real del objeto o el estímulo. La persona está segura de ver, oír o sentir cosas que no existen, ya sea que provengan del exterior o de su interior. No se deben confundir con las ilusiones en las que sí hay un objeto real pero que da al sujeto una falsa impresión, como cuando se cree ver a través de una ventana la sombra de un árbol y confundirla con una persona u animal como le sucede a menudo a los niños. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas en las que el enfermo oye voces que hablan entre ellas o que le hablan a él, le conminan a ejecutar determinados actos, a veces muy graves como asesinar o suicidarse; voces que lo atormentan burlándose de él o culpándolo; ruidos extraños o música, etc.

El sujeto alucinado de esta manera, se nota a veces agitado o asustado, otras veces en actitud de escucha o conversando en voz alta con esas voces o musitando, en soliloquios. Las alucinaciones visuales se suelen presentar como imágenes de personas, animales o seres fantásticos como monstruos o extraterrestres, el demonio, ángeles y otros, o en sucesiones rápidas y angustiosas de imágenes deformadas y de colores muy vívidos. En otras ocasiones son alucinaciones visuales con temas beatíficos, como ver a Dios, a la virgen (en caso de pacientes de religión católica), o ver a familiares ya fallecidos. Las alucinaciones pueden también consistir en sensaciones cutáneas como sentir pinchazos, que le tocan el cuerpo, que los músculos o los órganos se deforman, o sentir sabores extraños.

Los trastornos de la conducta se manifiestan por comportamientos extraños no habituales en la persona anteriormente, aislamiento, actitud suspicaz o paranoide, descuido del aseo personal, posturas raras, alejamiento del domicilio deambulando por las calles durante horas, mirada extraña, irritabilidad o agresividad a veces inmotivada o por motivos nimios, vestir en forma extravagante, desnudarse en público, mutilarse o maquillarse en forma exagerada, etc.

El lenguaje muestra alteraciones como producto del trastorno del pensamiento. Estas alteraciones consisten en habla incoherente con pobreza del contenido, divagación, invención de palabras sin sentido (neologismos), lenguaje con exceso de detalles sin importancia, respuestas que no vienen al caso, habla rápida o al revés, lenta o entrecortada, perseverancia o repetición de lo que se le dice (ecolalia),o mutismo prolongado por días, meses o años.

El trastorno emocional se pone de manifiesto por pobreza o aplanamiento afectivo, gestos o conductas no congruentes con el momento o el tema que se suscita, falta de deseos o de voluntad (abulia), incapacidad para transmitir emociones o para sentirlas, aunque en ocasiones puedan mostrar síntomas depresivos o eufóricos.

Finalmente, en el plano social: la disminución parcial o total de la capacidad de estudio o de trabajo; el rechazo al contacto con los demás; la actitud de hipervigilancia de las conductas de quienes le rodean o de los vecinos; las conductas violentas o de amenazas; comportamientos antisociales o inaceptables como ir desnudo o semidesnudo por las calles, rebuscar en los botes de basura y dormir o hacer sus necesidades biológicas en sitios públicos.

Otros síntomas frecuentes en las conductas de los niños y adolescentes con esquizofrenia son los cambios en los hábitos de alimentación y de sueño: comer

exageradamente, rechazo a ciertos alimentos motivado por paranoia, ingerir sustancias o cosas inadecuadas como heces, insomnio y pesadillas.

Los síntomas de deterioro de la vida personal y social se denominan negativos (aislamiento, abulia, inhibición psicomotriz, empobrecimiento del lenguaje, abandono del cuidado personal, etc.), mientras que los relativos al trastorno formal del pensamiento, la conducta extravagante, los delirios y las alucinaciones se conocen como síntomas positivos

Las esquizofrenias pueden presentarse en diferentes formas clínicas según el tipo de síntomas predominantes:

- Esquizofrenia paranoide (Gr. pará = al lado, más allá, oposición y nóia = mente): predominan los delirios de tipo persecutorio y las ideas de referencia, de transformación corporal o de grandeza. Con frecuencia las alucinaciones, especialmente auditivas, tienen características amenazantes para el paciente o le ordenan cometer actos agresivos. Este tipo de esquizofrenia es una de las más comunes en nuestros pacientes adolescentes.

- Esquizofrenia catatónica (Gr. katá = bajo, contra, debajo y tonós = tensión): lo que caracteriza esta forma clínica es la presencia de trastornos psicomotores que pueden ir desde una total ausencia de movimientos y respuestas a los estímulos o estupor, hasta estados graves de excitación motora. Otros síntomas frecuentes en la forma catatónica son la obediencia automática o por el contrario, el negativismo; la adopción de posturas rígidas y peculiares durante horas o días o catalepsia y la llamada flexibilidad cérea que consiste en que el paciente mantiene alguna parte del cuerpo en la misma posición en que el examinador se la coloca sin resistencia alguna.

- Esquizofrenia hebefrénica: se manifiesta más por el aplanamiento afectivo, la conducta atontada con muecas, manierismos, risas insulsas, aislamiento, pensamiento y lenguaje muy desorganizados. Su nombre alude al hecho de que es más propia de la edad juvenil, especialmente en la adolescencia y primeros años de la vida adulta. No se dan en ella delirios o alucinaciones tan continuadas o sistematizadas.

- Esquizofrenia simple: es una forma clínica que se manifiesta casi exclusivamente por síntomas negativos y de deterioro de la conducta social y personal que evolución insidiosa y progresiva. La CIE-10 sugiere hacer este diagnóstico cuando se haya podido comprobar el desarrollo progresivo de los síntomas negativos por un período mayor de un año.

- Esquizofrenia indiferenciada: forma clínica de la esquizofrenia que no satisface los criterios para diagnosticar las formas anteriores.

En las etapas precedentes a la aparición de una esquizofrenia en niños o adolescentes, es posible ver algunos cambios en el comportamiento unos meses antes como el aislamiento progresivo de las amistades y los familiares, la pérdida de los intereses, la irritabilidad, insomnio y disminución del rendimiento escolar.

El diagnóstico de esquizofrenia no debe hacerse si los síntomas se deben a causas exógenas (tóxicos y drogas) o trastornos orgánico-cerebrales, y otras patologías psiquiátricas como el trastorno bipolar que describiremos más adelante. También debe tomarse en consideración el tiempo que llevan presentes los síntomas sobre lo cual existe el consenso de que no debe ser menos de un mes. Antes de ese tiempo, los síntomas pueden corresponder a una psicosis aguda o transitoria, o a una psicosis causada por tóxicos.

Diagnóstico diferencial

La esquizofrenia debe diferenciarse de:

- Otras psicosis de carácter agudo y transitorio: la forma de inicio, la duración de los síntomas y la relación frecuente con factores externos como situaciones de estrés agudo y drogas.
- Las psicosis que surgen como consecuencia de patologías cerebrales: la historia clínica y el examen médico ponen en evidencia estas alteraciones del sistema nervioso central (tumores, epilepsia temporal, corea de Huntington, etc.).
- Los trastornos generalizados del desarrollo: aparecen en una edad mucho más temprana (antes de los 3 años), no cursan con delirios o alucinaciones y por lo general se acompañan más menudo de retardo mental.
- El trastorno bipolar: las alteraciones del humor son mucho más prominentes y duraderas en esta patología, además de que los síntomas positivos como las alucinaciones son menos frecuentes.
- El síndrome obsesivo-compulsivo: aunque algunas ideas que aparecen en esta entidad nosológica pueden parecer delirantes, el paciente pueden reconocer que aquellas son de naturaleza irracional.

Hipótesis etiopatogénicas

Biológicas

1) Genes (factor etiológico primario)

- Herencia de tipo no mendeliano. Es una acción genética compleja.
- La interacción genes-ambiente irrumpe en el desarrollo cerebral temprano.
- El gen que codifica los receptores de dopamina D2 se considera uno de los más relevantes en la génesis de la esquizofrenia.
- Cromosomas que contienen genes probablemente involucrados en la esquizofrenia son: 1q21, 6p22-24, 7q23, 8p21-22, inv(9), 9qh+, 11q23, 13q32, 21q22, 22q11-13 y Xp11-q13.
- El riesgo en familiares es de: 46% en gemelos idénticos, 46% ambos padres (esquizofrénicos), 14% en gemelos dizigóticos, 13% un solo padre y 10% y un hermano.

2) Desarrollo cerebral (de causa genética o genética con factores físicos externos).

- Disfunción de las sinapsis neuronales y de las dendritas.
- Anomalías de la formación de sinapsis durante el desarrollo cerebral prenatal y de los primeros años de la niñez.
- Disfunción de la red neuronal fronto-talámico-cerebelar.
- Disfunción de la red neuronal témporo-límbico-prefrontal.
- Anomalías cerebrales causadas por procesos patológicos pre y preinatales (anoxia, infecciones, desnutrición y trastornos autoinmunes en la madre, etc.). Estos insultos al sistema nervioso central provocan reducción de los factores de crecimiento neuronal, apoptosis y necrosis celular.
- Una disminución de la vitamina D durante la gestación interactúa con genes susceptibles alterando el desarrollo cerebral temprano probablemente por regulación epigenética que altera la expresión de los genes en la vida adulta.
- Proceso de degeneración neuronal que continúa durante el curso de la enfermedad.

3) Neurotransmisores (de causa genética)

- Hiperactividad de dopamina en la vía mesolímbica (síntomas positivos).
- Déficit de dopamina en áreas mesocorticales de proyección (síntomas negativos y cognitivos).
- La disminución de receptores serotonina 1ª en la amígdala puede jugar un papel en la función fronto-temporal como son la cognición y los síntomas negativos.
- Alteraciones en el sistema neurotransmisor GABA.
- Acción excesiva del neurotransmisor glutamato que lleva a un estado de excitoxicidad

Psicológicas

- Hipótesis del “doble vínculo”. En 1956 Bates y sus colaboradores, describieron esta situación de doble vínculo en la que se da un tipo de comunicación madre-hijo contradictoria, en la que los mensajes llevan signos opuestos. Describieron un modelo “homeostático” en el que todos los componentes ocupan un papel fijo y el del psicótico es inducido por el grupo como algo necesario para su equilibrio, y si aquél mejora bruscamente, la conducta de los demás cambiará para rechazarlo en una conducta esquizofrénica.

- Modos inusuales y distorsionados de comunicación familiar en familias donde algunos miembros padecen o son susceptibles de padecer enfermedades mentales.

- Situaciones traumáticas agudas y graves , o menos intensas pero crónicas pueden coadyuvar a la aparición de una esquizofrenia en personas genéticamente predispuestas.

- La esquizofrenia es un trastorno complejo del desarrollo basado en la interacción entre un ambiente psicológico desfavorable y una vulnerabilidad genética determinada.

Evolución

La esquizofrenia puede evolucionar de maneras distintas incluso con tratamiento. La CIE-10 describe siete formas de curso de esta enfermedad.

1. Continua.
2. Episódica con defecto progresivo.
3. Episódica con defecto estable.
4. Episódica con remisiones completas.
5. Remisión incompleta.
6. Remisión completa.
7. Otras formas de evolución.

Factores que pueden empeorar el pronóstico de la enfermedad son:

- Inicio insidioso.
- Inicio a edades muy tempranas: antes de los 10 o 12 años.
- Bajo condición socioeconómica.
- Trastornos graves de la dinámica familiar.
- Presencia de otros enfermos mentales en la familia inmediata.
- Falta de tratamiento, tratamiento inadecuado o insuficiente o abandono del mismo.
- La frecuencia de los episodios o brotes de agudización.

En algunos pacientes después de un episodio o brote de esquizofrenia puede presentarse un estado depresivo de duración e intensidad variable.

Tratamiento

El tratamiento de un paciente niño o adolescente con esquizofrenia debe basarse en los siguientes puntos:

❖ Trabajo con la familia. En este sentido Belfort propone la estrategia de los cinco pasos que serían:

- Comprensión adecuada de la enfermedad.
- Promover pautas para un mejor tratamiento.
- Mejorar la actitud de la familia ante el paciente.
- Facilitar el mutuo apoyo y manejo de los riesgos (disminución de expectativas,
- promoción de un ambiente adecuado, la motivación al cumplimiento del
- tratamiento médico, el reconocer a tiempo la posible crisis y los síntomas
- prodrómicos para lograr un manejo integral de los riesgos).
- Incorporar al proceso de socialización tanto al paciente como al grupo familiar.

Además de estos pasos, habrá casos en los que será necesario someter al grupo familiar a terapia debido a situaciones patológicas que afectan las relaciones

interpersonales de quienes lo componen: conflictos conyugales, violencia intra doméstica, trastornos en la comunicación, dificultades en la expresión de las emociones, confusión o falta de definición de los roles de cada uno de los familiares.

- ❖ Psicoterapia de apoyo y en algunos casos de tipo conductual con los pacientes.

- ❖ Ayuda de educación especializada para los pacientes que estén en condiciones de continuar con los estudios pero presentan dificultades de tipo cognoscitivo y de aprendizaje.

- ❖ Hospitalización total para tratamiento de etapas agudas de la enfermedad hasta que el paciente pueda continuar tratamiento ambulatorio o en régimen de hospitalización parcial u hospital diurno.

- ❖ Medicación

a) Antipsicóticos: actualmente se tiende a utilizar primero los llamados antipsicóticos atípicos ya que producen menos frecuentemente efectos indeseables de tipo extra piramidal y sus mejores resultados en cuanto a los síntomas negativos de la esquizofrenia. Las dosis de estos fármacos dependerán de cada caso pero en términos generales se pueden dar las siguientes pautas para su administración oral:

- Risperidona: 0.5 a 2 mg/día (niños).
  2 a 6 mg/día (adolescentes). En una o dos tomas al día.
- Olanzapina: 5 a 20 mg/día. En una o dos tomas al día.
- Quetiapina: 100 a 800 mg/día. Dos o tres tomas al día.
- Ziprasidona: 20 a 40 mg dos veces al día.
- Clozapina: 100 a 200 mg/día. Se usa poco en Psiquiatría de niños y adolescentes por el riesgo que presenta agranulocitosis.

Los antipsicóticos típicos, a pesar de que los anteriores están siendo más utilizados, aún se administran en casos de urgencias cuando se dan por vía intramuscular o intravenosa; cuando los atípicos están fuera del alcance de las posibilidades económicas de los pacientes lo cual es muy frecuente en clínicas de atención popular. Sus dosis son:

- Haloperidol: 20 a 50 mg/día . Dos a tres tomas diarias. Forma intramuscular: 2 a 5 mg cada 1-8 horas según necesidad (adolescentes). Como decanoato de haloperidol una vez cada 15 días vía intramuscular en caso de pacientes que rechazan la toma por vía oral o viven en lugares alejados donde se hace más difícil conseguir las tabletas.

- Flufenazina: 25 a 50 mg en forma de decanoato vía im cada 2 o 3 semanas en la misma situación mencionada en el apartado anterior.

- Trifluoperazina: 5 a 20 mg/día. Dos tomas al día.
  -
- Clorpromazina: 0.5 mg/kg/día (niños). En cuatro tomas diarias. 100 a 400 mg/día (adolescentes). Cuatro tomas diarias. Forma intramuscular: 25 mg cada hora y

posteriormente cada cuatro o seis horas según requiera la gravedad del caso.

- Tioridazina: 75 a 600 mg/día (según edad). No se está aconsejando por el descubrimiento reciente de que puede producir trastornos de la repolarización del músculo cardíaco.

- Sulpirie: 150 a 300 mg/día (niños). 300 a 1200 mg/día (adolescentes). Dos o tres veces al día.

Todos estos medicamentos antipsicóticos, los típicos y los atípicos, deben administrarse inicialmente en dosis bajas (antipsicóticas mínimas) e ir aumentándolas cada tres o siete días según la edad y la intensidad de los síntomas cuando se trata de pacientes menores de edad.

b) Estabilizadores del humor: se utilizan asociados a los antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos cuando los síntomas afectivos sean importantes aunque no predominen. (Ver dosis en capítulo sobre trastornos bipolares).

c) Ansiolíticos: se den junto con los antipsicóticos cuando existan marcados síntomas de ansiedad acompañando a la sintomatología de la esquizofrenia. (Ver dosis en el apartado sobre trastornos de ansiedad generalizados).

d) Hipnóticos: se añaden al tratamiento antipsicótico cuando sea necesario inducir el sueño en pacientes que tienen insomnio o agitación motora nocturna que no mejora con los otros medicamentos. El más utilizado en nuestro medio es el midazolam en dosis de 7.5 a 15 mg.

El tratamiento con fármacos debe continuar en forma indefinida dejando las dosis de mantenimiento que el paciente requiera y haciendo cambios en los esquemas de dosificación o en los medicamentos según la evolución de la enfermedad. Suspender los medicamentos o disminuir las dosis que han sido eficaces en periodos de tiempo muy cortos puede precipitar nuevos brotes agudos de los síntomas lo que causa a su vez mayor deterioro en el paciente y menos posibilidades de remisión.

❖ Terapia electroconvulsiva

Esta técnica terapéutica solamente deberá aplicarse cuando existan casos muy graves que no responden a los tratamientos convencionales antes mencionados y por personal experto en ella.

B. PSICOSIS AGUDAS Y TRANSITORIAS (BOUFFÉE DELIRANTE)

Síntomas y diagnóstico

Se trata de cuadros psicóticos cuyas características son:

1. Inició súbito pasando de un estado no psicótico a otro claramente psicótico en un plazo menor a dos semanas.
2. No tienen relación con tóxicos o enfermedades orgánicas.

3. Los síntomas no cumplen con las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia y pueden ser muy cambiantes y variables en el tiempo.
4. Presentan síntomas de alteraciones emocionales y no pocas veces agitación psicomotora.
5. La duración de los síntomas no suele sobrepasar de un mes.
6. Muchas veces están en relación con situaciones de estrés agudo.
7. La mayoría de los pacientes tienen una recuperación completa en un período no mayor de dos o tres meses, pero la mejoría se puede hacer evidente en pocos días o semanas.

Cuando predominan las ideas delirantes también se conoce como reacción paranoide o psicosis psicógena paranoide.

Diagnóstico diferencial

Estos trastornos o reacciones psicóticas no se deben confundir con:

- Esquizofrenia: en ésta la sintomatología es menos variable y no se trata de una psicosis transitoria.
- Trastornos disociativos: Estos trastornos no cursan con síntomas psicóticos como las alucinaciones o los delirios, y en ellos hay un estado alterado de la conciencia que no se da en las psicosis agudas de causa no orgánica.
- Psicosis causadas por drogas o enfermedades orgánicas: la historia clínica y los exámenes médicos pueden poner en evidencia la existencia de una enfermedad orgánica cerebral o el antecedente del consumo de sustancias tóxicas como las drogas, alcohol o medicamentos.
- El trastorno bipolar en fase maníaca: la historia clínica, los antecedentes familiares y la existencia de cambios mucho más intensos en el estado de humor, así como la menor frecuencia de alucinaciones y la evolución hace la diferencia con esta enfermedad.

Etiología

Como ya se mencionó, en muchas ocasiones pueden surgir después de haber experimentado la persona situaciones traumáticas importantes como catástrofes, pérdida inesperada de un familiar, una asalto, intento de asesinato o violación, etc. Sin embargo, en otros casos no existe una causa externa que se pueda comprobar. Es muy probable que estas psicosis agudas se den más en personas genéticamente susceptibles y que familias donde existen más personas con problemas mentales o emocionales, así como cuando se vive en medio de una dinámica familiar patógena.

Consecuencias de las psicosis agudas

Los pacientes menores de edad que sufren una de estas psicosis pueden verse afectados en:

- Su aprovechamiento escolar.
- Su autoestima y su imagen social y familiar: pueden quedar estigmatizados como enfermos mentales.
- Evolución hacia una esquizofrenia en algunos casos.

Tratamiento.

- Lo más prudente es hospitalizar a estos pacientes para poder realizar el tratamiento fuera del ámbito familiar y en un medio más controlado. Dándoles de alta tan pronto remita la fase de mayor intensidad de los síntomas, en especial la agitación psicomotora y el delirio.
- Psicoterapia de apoyo durante las fase más florida de los síntomas y posteriormente, cuando el paciente está en una condición más tranquila, se pueden aplicar otro tipo de psicoterapias dependiendo de su edad mental, de las situaciones que pueden haber precipitado la psicosis aguda y de otros antecedentes de personalidad.
- Trabajo con la familia para darles soporte psicológico durante la crisis y para orientarlos sobre el carácter transitorio de la enfermedad cuando ya se tiene seguridad que no se trata de una esquizofrenia u otra enfermedad de carácter más grave o crónico.
- Terapia de familia cuando sea necesario por existir trastornos en la dinámica familiar.
- Medicación: básicamente es igual que en la esquizofrenia, con antipsicóticos asociados especialmente a ansiolíticos, aunque una vez recuperado el paciente, los fármacos se pueden ir retirando paulatinamente. En caso de que lo que comenzó siendo un cuadro psicótico agudo evolucione hacia una esquizofrenia, entonces el tratamiento debe hacerse en forma permanente.

C. PSICOSIS POR DROGAS Y ORGÁNICAS

❖ Por drogas

Síntomas y diagnóstico

- Alucinaciones de diferentes tipos pero especialmente auditivas y visuales.
- Ideas delirantes frecuentemente de tipo paranoide, y de referencia.
- Agitación psicomotora.
- Agresividad.
- Ansiedad o miedo muy intensos.
- Estados depresivos.
- Estados de euforia (manía) o éxtasis.

Estos síntomas aparecen al estar consumiendo drogas (anfetaminas, cocaína, LSD, éxtasis, cánnabis y otras), o en las primeras 48 horas después. Los síntomas pueden variar en intensidad y predominio.

Siempre que se sospecha la posibilidad de una psicosis inducida por drogas se debe hacer entre otros exámenes habituales, uno por tóxicos en sangre u orina.

Diagnóstico diferencial

- Cuadro de intoxicación aguda por alcohol u otra droga: produce alteraciones del nivel de la conciencia que en la psicosis por tóxicos está ausente o en todo caso no pasa de un ligero grado de obnubilación.

- Trastorno mental latente que se desenmascara por el consumo de drogas o alcohol.
- Síndrome de abstinencia: son más frecuentes los síntomas de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, y por lo general no hay síntomas psicóticos excepto en algunos casos de abstinencia que cursan con delirio aunque no alucinaciones.
- Psicosis aguda de causa no tóxica ni orgánica.
- Trastorno disociativo.

Evolución

Este tipo de psicosis suele evolucionar hacia la mejoría total en un plazo menor de seis meses. Rara vez da lugar a un síndrome psicótico residual que persiste más allá del período que dura la psicosis aguda por los efectos de las drogas.

Tratamiento

El tratamiento se basa también en:

- Hospitalización
- Fármacos para los síntomas psicóticos, la agitación psicomotora, y la ansiedad. Una vez recuperado el paciente de esos síntomas, no es necesario continuar con los medicamentos los cuales deben retirarse paulatinamente.
- Psicoterapia individual cuando el paciente esté en condiciones.
- Trabajo con la familia.
- Terapias de rehabilitación en caso de que exista una situación de consumo habitual o dependencia a las drogas. Estas terapias es conveniente que se hagan en un centro especializado para adicción a drogas.

❖ **Orgánicas**

Síntomas y diagnóstico

Síntomas de tipo psicótico como alucinaciones, ideas delirantes, estupor o catatonía, agitación psicomotora, trastornos del pensamiento, que son causados por algún tipo de enfermedad que afecta al cerebro directa o indirectamente. La CIE-10 da como pautas de diagnóstico:

a) Evidencia de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral, o de una enfermedad sistémica e las que pueden acompañarse de los síntomas mencionados.
b) Relación temporal (semanas o pocos meses) entre el desarrollo de la enfermedad subyacente y el inicio del síndrome psicopatológico.
c) Remisión del trastorno mental cuando mejora o remite la presunta causa subyacente.
d) Ausencia de otra posible etiología que pudiera explicar el síndrome psicopatológico (estrés intenso, trastornos familiares graves, ingestión de sustancias tóxicas).

El examen pediátrico así como neurológico clínico y con los medios de imagenología modernos, de laboratorio y electroencefalogramas, pondrán en evidencia la

enfermedad subyacente de tipo orgánico o harán que se sospeche fuertemente aunque no se llegue a demostrar del todo.

Diagnóstico diferencial

- Esquizofrenia.
- Psicosis agudas no orgánicas.
- Psicosis por drogas.
- Estupor inducido por neurolépticos.
- Estados disociativos y estupor psicógeno.

Tabla 6
Posibles causas de psicosis orgánicas

Cerebrales	**Endocrinas**	**Metabólicas**	**Medicamentos**	**Enf. colágeno**
Traumas	Hipotiroidismo	Hipoglicemia	Esteroides	Lupus eritem.
Tumores	Hipertiroidismo	Hipoxia	Antidepresivos	
Abscesos	Enf. de Cushing	Porfirio	Antihipertensivos	
Metástasis			Propanolol	
Infecciones y Parasitosis			l-DOPA	
Epilepsia				
Malf. Vasculares e hipertensión intracerebral				
Hemorragias				

Tratamiento

El tratamiento de las psicosis orgánicas se debe basar obviamente en el la solución de patología subyacente o en el retiro de la sustancia que la causa.

El tratamiento de los síntomas como las alucinaciones, el delirio o la agitación puede hacerse con dosis bajas a moderadas de haloperidol. Se deben evitar los ansiolíticos y sedantes por su acción depresora del sistema nervioso central en estos casos. Se debe tener cuidado en asegurarse en caso de estupor o catatonía, que no se trata de un trastorno inducido por neurolépticos ya que en ese caso la administración de éstos puede agravar la situación.

D. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO (PSICOSIS ESQUIZOAFECTIVA)

Síntomas y diagnóstico

El trastorno esquizoafectivo es una enfermedad en la que aparecen síntomas de esquizofrenia y de alteraciones del humor, maníacos o depresivos, simultáneamente o con pocas días de diferencia, sin que ninguno de los dos tipos de síntomas predomine sobre los otros. En estos casos el cuadro clínico no satisface los criterios para ser catalogados como esquizofrenia ni como trastorno del humor.

Los síntomas de manía pueden ser los que acompañan a dos o más síntomas de esquizofrenia en cuyo caso se conoce como “psicosis esquizoafectiva tipo maníaco”, o pueden ser los de depresión y entonces se denomina “psicosis esquizoafectiva tipo depresivo”.

Diagnóstico diferencial

Debemos separar esta entidad nosológica de otras que pueden tener algunas similitudes como:

- Esquizofrenia en la que habiendo síntomas afectivos estos no son los predominantes o no son tan marcados.
- Episodio maníaco con síntomas psicóticos en los que se dan ideas delirantes especialmente de grandeza y de persecución así como alucinaciones. Generalmente estos síntomas no son congruentes con el estado de ánimo del paciente y no son tan destacados como los de la patología del humor, en este caso maníaca.
- Psicosis agudas y transitorias.
- Psicosis orgánicas y las producidas por drogas.

Evolución

El inicio suele ser agudo en los trastornos esquizoafectivos de tipo maníaco y la recuperación generalmente completa y en un plazo de pocos meses. En el de tipo depresivo la aparición puede ser más insidiosa y hay también recuperación completa pero más lenta. En algunos casos hay una evolución hacia una esquizofrenia. Ambos tipos pueden darse como episodios únicos o en forma recurrente.

Tratamiento

- Hospitalización en la fase florida del cuadro sindrómico.
- Trabajo de orientación y apoyo a la familia.
- Utilización de psicofármacos como los antipsicóticos y los estabilizadores del humor. Si bien los antipsicóticos pueden irse eliminando una vez que el paciente se ha recuperado, algunos clínicos prefieren continuar por más tiempo con un estabilizador del humor como el valproato sódico como prevención de episodios subsiguientes.
- Psicoterapia individual una vez que el paciente esté en condiciones para ello.

E. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA)

Síntomas y diagnóstico.

En la psicosis maníaco-depresiva se dan episodios de manía o hipomanía y de depresión que pueden alternarse o darse en ciclos rápidos en pocos días o incluso en el mismo día. Entre los episodios suele haber una recuperación total del paciente. Los síntomas de la depresión ya los hemos descrito en el capítulo de los trastornos emocionales. Los de la manía se caracterizan por un aumento de la vitalidad y del estado de ánimo. El paciente puede exhibir:

- Mayor actividad física que puede llegar a un estado de excitación intenso e incontrolable.
- Locuacidad y habla rápida.
- Fuga de ideas.
- Insomnio.
- Exaltación de la sexualidad.
- Ideas de grandiosidad.
- Ideas de referencia o paranoia.
- Autoestima exagerada.
- Irritabilidad y no pocas veces agresividad (verbal o física).
- Abandono del cuidado personal o vestimenta y maquillaje muy llamativos.
- Descuido de la alimentación o comer en forma desordenada.
- Conductas o proyectos extravagantes que lo llevan a cometer actos perjudiciales para él o su familia como regalar pertenencias o venderlas a bajo precio, gastos excesivos y sin control, planes ambiciosos de cumplimiento imposible, etc.
- Agudización de los sentidos y a veces alucinaciones que pueden ser o no congruentes con el estado anímico.
- Contacto afectivo superficial.

Cuando hay síntomas psicóticos, éstos no son los que dan las características principales al cuadro clínico como en la esquizofrenia, sino que son los síntomas, ya sea de manía o de depresión los que marcan la pauta diagnóstica.

Por otro lado, cuando los síntomas de la manía son menos acentuados y el individuo puede proseguir si vida social y de estudios o laboral, aunque con algún tipo de interferencia o conflicto, se trata entonces más bien de una hipomanía.

Aunque es muy rara antes de la pubertad, se han reportado casos muy evidentes incluso en niños preescolares. En los adolescentes, por otra parte, en los adolescentes es más común que la enfermedad se manifiesta en sus formas mixtas y con ciclos rápidos.

Clasificación del trastorno afectivo bipolar

La clasificación internacional divide el trastorno bipolar en:

- Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco con o sin síntomas psicóticos.
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo (leve, moderado) con o sin síntomas psicóticos y grave también con o sin síntomas psicóticos.
- Trastorno bipolar, episodio actual mixto: habiendo padecido ya un episodio de los anteriores, tiene ahora una combinación o sucesión rápida de los diversos síntomas (maníacos o depresivos).
- Trastorno bipolar en remisión.

Diagnóstico diferencial

- La depresión como enfermedad aparte no formando parte de un trastorno bipolar.
- Psicosis agudas, o por drogas u orgánicas.
- Esquizofrenia.
- Trastorno hipercinético con déficit de atención: No cursa en forma episódica y se inicia a edades más tempranas.
- Personalidad extrovertida: rasgos de conducta de las personas muy sociables, algo histriónicas, muy habladoras o alegras y que no se pueden considerar patológicas.
- Hipertiroidismo.
- Medicamentos: esteroides, antidepresivos, simpaticomiméticos.
- Consumo de alcohol.
- Infecciones: encefalitis, SIDA, sífilis.
- Trastornos del sistema nervioso central: convulsiones, traumas, enfermedad de Wilson, esclerosis múltiple, tumores.

Las causas de tipo orgánico a las que aquí nos referimos pueden producir síntomas depresivos u otros como manía o hipomanía pero no otros de tipo psicótico, pues de ser así se incluirían dentro de la psicosis orgánicas.

Es importante en relación a esta psicopatología, igual que en otras, realizar un estudio médico completo para poder descartar las causas orgánicas, cerebrales o de otra índole.

Evolución

Los episodios del trastorno bipolar se inician a menudo de forma más o menos aguda, en cuestión de días o pocas semanas y sin tratamiento, estos episodios pueden prolongarse por varios meses durando más tiempo las depresiones aunque generalmente no pasan de un año. Entre un episodio y otro pueden pasar meses o años, o en algunos casos no darse más de dos. Con los tratamientos actuales el tiempo y la gravedad de aquellos se puede reducir mucho, y los intervalos entre uno y otro prolongarse más. En adolescentes es frecuente que el trastorno bipolar se inicie con un episodio depresivo, especialmente en el sexo femenino, para seguirse en un plazo no muy largo, de uno de tipo maníaco.

Entre los episodios no siempre hay un estado asintomático total pudiendo darse una cantidad heterogénea de síntomas de tipo cognitivo, emocional, de hipomanía y otros que no llegan a ser intensos y que pueden pasar como propios de la personalidad o temperamento del paciente.

Hipótesis etiológicas

Desde un punto de vista genético, se piensa que esta enfermedad tiene un factor hereditario importante. En gemelos monocigóticos se han reportado concordancias de entre 65 y 80%, mientras que para hijos de ambos padres bipolares se han reportado concordancias de hasta un 100%.

Aunque no se ha definido el modo exacto en que se transmite, se han estado relacionando ciertas regiones de los cromosomas X, 18, 4 y 21, así como otras donde se localizan genes que codifican el receptor de serotonina 2ª. Por otra parte se piensa que la acción terapéutica que ejercen los estabilizadores del humor como el litio, el ácido Valproico y la carbamazepina es mediante la supresión de la acción de ciertas enzimas que regulan la expresión de algunos genes.

En el aspecto neuroanatómico, se cree que existen anormalidades en los circuitos límbico-estriatal-pálido-tálamocortical, así como alteraciones de las funciones de la corteza ventrolateral prefrontal.

Es posible que toda la cascada de eventos moleculares que se inicia con los neurotransmisores y neuromoduladores y continúa con los procesos de transducción intracelulares que regulan la expresión de los genes esté afectada.

Algunos investigadores creen que el trastorno bipolar y la esquizofrenia tienen una susceptibilidad genética compartida aunque no totalmente.

Pronóstico

Los investigadores que han dado seguimiento a los casos de trastorno bipolar en jóvenes, dan cifras de recuperación total (con tratamiento) que van desde 17 a 60% después de más de 20 años desde el inicio de la enfermedad. Aquellos que no se recuperan del todo pueden abocarse a:

- Suicidio.
- Conducta disocial.
- Abuso de sustancias.
- Abandono de los estudios.

Tratamiento

- Hospitalización desde el inicio del episodio, ya sea maníaco o depresivo.
- Trabajo con la familia como se ha descrito anteriormente.
- Psicoterapia individual de acuerdo a la edad mental del paciente su estado actual (maníaco o depresivo).
- Terapia electroconvulsiva: solamente en aquellos casos muy graves que no mejoran con los tratamientos a base de diferentes psicofármacos y asociaciones de éstos.
- Medicación. Los medicamentos que se suelen utilizar son:

1. **Los antipsicóticos**. El antipsicótico que ha sido utilizado clásicamente en los casos de manía ha sido el haloperidol, aunque hoy día está siendo sustituido por los atípicos como la risperidona y la olanzapina. Estos medicamentos se dan mientras duren los síntomas de la manía y por un tiempo más que puede ser de semanas a meses.

2. **Los antidepresivos**. Cuando el trastorno bipolar se inicia con un síndrome depresivo, lo más usual es administrar antidepresivos ya que en ese momento no se sabe si es una depresión sola y no el inicio de una reacción maníaco-

depresiva, aunque se puede sospechar por los antecedentes familiares. De haber antecedentes familiares positivos en este sentido, los antidepresivos se deben dar siempre vigilando la posible aparición de una manía o hipomanía, en cuyo caso se descontinúan y se sustituyen por estabilizadores del humor.

3. **Estabilizadores del humor**

   - Carbonato de litio: las dosis varían entre 600 y 1500 mg o 30 mg/kg/día repartidos en tres tomas. Sus niveles sanguíneos deben mantenerse entre 0.6 – 1.2 mEq/litro.
   - Ácido Valproico: dosis de 25 a 60 mg/kg/día en dos tomas al día. Sus niveles sanguíneos deben estar entre 50 y 120 mg/litro.
   - Carbamazepina: dosis de 15 a 30 mEq/kg. Sus niveles terapéuticos en plasma son de 3 a 11 mEq/litro.
   - Lamotrigina: los estudios realizados indican que tiene más efectos sobre la depresión bipolar más que sobre los síntomas de manía. Este medicamento además de la gabapentina y el topiramato no han sido muy estudiados en población juvenil con trastorno afectivo bipolar, y por lo tanto, no se han establecido dosis específicas en estas edades.

Los estabilizadores del humor pueden asociarse, especialmente el litio con alguno de los otros cuando la respuesta terapéutica no es buena con uno solo. Una vez que se tiene seguridad de que se trata de un trastorno bipolar, deben administrarse indefinidamente pues ayudan no solamente durante los episodios sino también a prevenir sus recurrencias.

4. **Ansiolíticos e hipnóticos**. Como el lorazepam y el midazolam respectivamente se utilizan en algunos casos. El primero en forma intramuscular para controlar algunas estados de agitación psicomotora con ansiedad y el segundo en casos de insomnio que no responde a los demás fármacos.

Capítulo 19

LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO.

En este capítulo haremos mención de patologías en las que existe una detención o una desviación, o ambas, del desarrollo psicológico de un niño. Son trastornos que se presentan desde los primeros meses o años de la vida y con carácter crónico. Pueden ser:

- ❖ Generalizados
- ❖ Específicos

En los primeros incluimos al:

- Síndrome de autismo infantil o Síndrome de Kanner
- Síndrome de Asperger
- Síndrome de Rett

- Retardo Mental
- Demencia infantil

En los segundos, a los:

- Trastornos del desarrollo del lenguaje
- Trastornos de la psicomotricidad
- Trastornos del aprendizaje

SÍNDROME DE AUTISMO INFANTIL(SÍNDROME DE KANNER)

Síntomas y diagnóstico.

Este síndrome fue descrito en 1943 por el doctor Leo Kanner quien lo reportó en once de sus pacientes. Desde entonces ha sido objeto de mucha atención, investigaciones y publicaciones. Es una patología propia de la niñez que se manifiesta en los primeros meses de la vida y se caracteriza fundamentalmente por:

1. Conducta autista que implica ausencia o pobreza del contacto con los demás. El trastorno de la comunicación social se evidencia en los primeros años por falta de apego, aparente desinterés por establecer contacto con los padres, no discriminación entre extraños y familiares, actitud de alejamiento y contacto visual superficial, breve y sin significado social. Cuando el niño autista mira a alguien, la mirada pareciera no posarse en los ojos de la otra persona sino que la traspasa como si no estuviera allí. En años posteriores, se describe como peculiar la falta de juego cooperativo con los demás niños, incapacidad y/o desinterés por hacer amistades e incapacidad para sentir empatía y percibir los sentimientos o respuestas de las otras personas. En los últimos años se ha acuñado el término “teoría de la mente” (theory of mind) que alude a la capacidad de los seres humanos desde épocas tempranas de su vida para anticipar los estados de ánimo y las respuestas de las personas con quienes hacemos contacto cara a cara. Los niños con autismo no logran desarrollar esta capacidad lo que explica su conducta social y su falta de afectividad.

2. Ausencia o retardo y desviación del lenguaje verbal. Los autistas con niveles retardo más grave no desarrollan el lenguaje verbal nunca, pero otros si lo hacen aunque con características como:

- Uso no pragmático (uso del lenguaje para la vida práctica diaria).
- Ecolalia.
- Inversión de pronombres personales.
- Dificultad para la comprensión del lenguaje y el seguimiento de órdenes simples al principio y complejas después.
- Incapacidad para desarrollar habilidades prelingüísticas como la imitación social, utilización adecuada, con significado, de objetos y juguetes, pobreza de imaginación en el juego (Rutter).
- Ausencia de gesticulación o mímica para comunicarse.

- Habla pobremente modulada y carente de tonalidad emocional.

3. Resistencia a los cambios y conductas estereotipadas. El cambio de las rutinas a la que está acostumbrado el niño autista, como alterar la ruta del viaje a la escuela o a otro lugar, el sentarlo a la mesa en otra silla a la acostumbrada, alterar el orden de su cosas, etc., le causa mucho estrés e irritabilidad. También es usual que se apeguen a determinados objetos que llevan en las manos o en los bolsillos aunque no tengan ninguna utilidad práctica. La perseveración en ciertos temas o rutina es otra característica que se manifiesta por las tendencias reiterativa a referirse a ciertos acontecimientos, a dibujar siempre lo mismo, a interesarse por ciertos temas como una especie de animal, un personaje ficticio, objetos o artefactos como autos, ascensores, etc. Las conductas motoras estereotipadas habituales son mover las manos delante de la cara, andar en puntillas, dar vueltas con las manos tapando las orejas, dar vuelta a una mesa o escritorio siguiendo su contorno con un dedo, retorcerse los dedos de las manos, saltar y agitar los brazos como para volar y otras.

La incapacidad para transmitir emociones y las necesidades por medio del habla o de otro tipo de comunicación que le permita a los autistas darse a entender, así como la propia dificultad para comprender al mundo y a las personas que les rodean, facilita en ellos la aparición de trastornos emocionales como los estados de ansiedad, los temores, las fobias, trastornos del sueño, trastornos de la conducta como rabietas, agresividad contra otros y contra sí mismos; inquietud que puede confundirse con el síndrome de hiperactividad y trastornos de la conducta alimentaria. Las enfermedades físicas como el malestar de garganta, dolor de estómago, de muelas, de cabeza, fiebre y otras, producen en los autistas estados emocionales alterados que cursan especialmente con irritabilidad y que de no conocerse la causa, se pueden interpretar mal y tratar con tranquilizantes equivocadamente. En la adolescencia pueden surgir síndromes depresivos, convulsiones epilépticas y otras enfermedades psiquiátricas, aunque algunas de ellas como la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo no se dan en mayor frecuencia de lo esperado en el resto de la población.

La idea que se tienen de que los autistas son una especie de genios locos es infundada ya que son muy pocos los que exhiben alguna destreza especial muy desarrollada para la memoria, la música, la pintura y el dibujo, las matemáticas o la informática, incluso aunque funcionen en lo demás como retardados.

Para el diagnóstico del autismo infantil es necesario que:

- Los síntomas antes descritos se hayan estado presentes en los primeros tres años de la vida aunque su diagnóstico se haya diferido.
- Que estén presentes los tres tipos de síntomas aunque con el crecimiento y las terapias su intensidad haya disminuido.
- Que no se deba a otra patología que explique los síntomas y que tengan un pronóstico diferente como se verá en el diagnóstico diferencial.

Se dan casos de niños que han llevado un desarrollo aparentemente normal hasta el año y medio o cerca de los dos años y súbitamente pierden las pocas palabras que habían adquirido y se retraen socialmente. A este tipo de autismo se le ha llamado autismo regresivo.

El autismo que no presenta alguno de los síntomas de los tres grupos característicos o que se manifiesta después de los tres años de edad ha sido llamado autismo atípico para ser diferenciado del autismo típico de Kanner que hemos descrito. También se le llama “Retraso mental con rasgos autistas” y “Psicosis infantil atípica”. Se suele dar en retardados profundos y en niños con trastornos específicos de la comprensión del lenguaje.

Diagnóstico diferencia

- Síndrome de Asperger.
- Trastornos específicos de la comprensión del lenguaje.
- Retraso mental.
- Esquizofrenia infantil.
- Síndrome de Rett.
- Trastorno desintegrativo de la infancia o demencia de Heller
- Trastornos emocionales de la niñez temprana, especialmente la timidez y el mutismo selectivo.
- Trastornos sensoperceptivos: sordera y ceguera.

El cuanto al Síndrome de Asperger, el de Rett y la demencia de Heller veremos sus diferencias con el autismo típico cuando tratemos sobre ellos en los próximos apartados de este capítulo. El niño con retraso mental que no tiene rasgos de autismo, no exhibe los síntomas típicos del autista de aislamiento y por lo general trata de acercarse a las personas viéndolas a la cara. Tiene conductas afectivas aunque sean muy pueriles o tontas, codifica mejor las señales gestuales y verbales, además de que su déficit cognitivo es menos profundo que en el autista, excepto que se trate de retardados muy graves por lesiones orgánicas. En relación a las diferencias con la esquizofrenia infantil, ésta suele iniciarse mucho más tarde, rara ves antes de los 8 años, y el lenguaje está mejor desarrollado, aunque tenga peculiaridades propias de las psicosis como los neologismos, las respuestas tangenciales, la verborrea o el mutismo, no se da como en el autismo el déficit cognitivo tan importante, además de que es muy raro que los autistas desarrollen síntomas como el delirio y las alucinaciones. En los trastornos perceptivos como la ceguera y la sordera, los cuales en algunos casos pueden coexistir con el autismo, generalmente no cursan con el trastorno de la comunicación social y los movimientos repetitivos y estereotipados como en el autismo. En los niños ciegos, no es común la ausencia del lenguaje o los trastornos del mismo que presentan los autistas. En el mutismo selectivo y la timidez, tampoco hay por lo general los trastornos lingüísticos, ni la tendencia a los movimientos estereotipados y la insistencia en el mantenimiento de las rutinas, y su mirada aunque evasiva tiene el propósito de evitar un contacto que al niño le causa ansiedad o temor, mientras que la falta de fijación de la mirada en los demás propia de los autistas no obedece a un motivo especial sino que se da por incapacidad que tienen éstos de sentir la necesidad de establecer un contacto personal.

Para establecer el diagnóstico de autismo infantil de Kanner es necesario:

1. La historia clínica completa que incluya las características comportamentales del niño en sus primeros meses de vida.
2. Aplicación de un cuestionario o escala de síntomas de autismo.

3. Un período de observación de unos días a unas semanas en la clínica y/o en otros ambientes como casa y escuela.
4. Exámenes de laboratorio, de visión, audición, genético y neurológico incluidas las pruebas de neuroimagen (Tomografía computarizada cerebral, resonancia magnética cerebral o SPECT) en algunos casos.
5. Examen psicométrico para determinar destrezas cognitivas, simbólicas, motrices, lingüísticas y sociales.

Dado que en algunos casos los primeros síntomas se pueden observar en los primeros meses de la vida, es necesario que los pediatras, enfermeras y terapeutas del desarrollo estén atentos para poder hacer diagnósticos tempranos. En estos casos de sintomatología precoz, las madres no sienten respuestas afectivas de sus hijos los cuales se muestran distantes e indiferentes a los acercamientos verbales y gestuales, además de mostrarse o muy inhibidos o muy irritables. Y en aquellos niños que después de un año y medio a dos de vida se da un retroceso súbito en las habilidades que el niño había adquirido, es importante la referencia sin dilación a una clínica especializada en trastornos del desarrollo infantil para descartar la posibilidad de un autismo u otra patología similar.

Hipótesis etiopatogénicas

El autismo parece ser un trastorno de causa genética que a su vez se traduce por alteraciones neuro-anatomo-fisológicas que causan una falta de integración de los procesos sensoriales con la codificación de señales y la evaluación cognitiva, lo que a su vez explica los síntomas propios de esta patología. En relación a la genética, se ha postulado una acción poligénica (más de un gen en un mismo individuo) y heterogénea (diferentes genes en diferentes familias). Los estudios señalan el involucramiento de genes susceptibles para el autismo en los cromosomas 1, 2, 4, 6, 7, 10, 11, 15, 21, 22 y como también delecciones del cromosoma 13 y mutaciones en los genes de los cromosomas sexuales. No obstante, no se ha llegado aún a resultados definitivos en este sentido.

En cuanto a las alteraciones neuro-anatomo-fisiológicas, se han reportado los siguientes hallazgos:

- Aumento del tamaño global del cerebro(a expensas tanto de la sustancia gris como la blanca), del lóbulo témporo-parietal, de los hemisferios cerebelosos, de la amígdala, el hipocampo y el cuerpo calloso.
- Alteraciones en la conexión de los tractos de la sustancia blanca.
- Dominancia cerebral atípica.
- Alteraciones del tamaño de los ventrículos.
- Reducido tamaño de la cabeza al nacimiento seguido de un aumento súbito y excesivo entre el 1º y el 2º mes y entre el 4º y el 6º.
- Migración celular alterada, incremento de la proliferación celular, disminución de la muerte celular y alteración de la eliminación de sinapsis.
- Existencia de anticuerpos anti-núcleo caudado que ha hecho suponer una base autoinmune.
- Alteración en la dinámica de algunos neurotransmisores, especialmente la serotonina.

- Acción tóxica del mercurio contenido en el conservante de algunas vacunas (timerosal): esta hipótesis que se ha querido relacionar con el autismo regresivo, no ha tenido apoyo en los últimos estudios realizados.
- Acción tóxica de ciertos opiáceos productos de la metabolización de la caseína y el gluten de las dietas (beta-caseomorfina y glutenmorfina) que pasarían al cerebro debido a lesiones de la pared intestinal. La destrucción de células secretoras de secretina que facilitan la digestión estimulando al páncreas a producir bicarbonato que alcaliniza los alimentos, sería una de las causas de la alteración de la pared intestinal. Esta hipótesis tampoco ha podido ser demostrada.

Evolución

El pronóstico del autismo infantil es por lo general malo ya que más del 75% de lo casos cursan con algún grado de retardo mental y solamente de 1 a 2% pueden llegar a una vida totalmente independiente. Un 20 a 25% de autistas tienen capacidades intelectuales normales o por encima de lo normal pero no todos, a pesar de que logren adquirir un certificado de estudios superiores, pueden vivir solos o establecer una familia por su cuenta. De los que tienen retardo mental, una proporción importante de más o menos la mitad, lo presentan en niveles graves o profundos.

Tratamiento

El tratamiento de los niños autistas implica la participación de varias disciplinas profesionales además del médico psiquiatra. Deben participar en el tratamiento terapeutas ocupacionales y del lenguaje con experiencia en el campo del autismo y patologías similares; terapeutas de familia y trabajadores sociales; educadores especializados; especialistas médicos como el pediatra, neurólogo, el otorrinolaringólogo y otros según sea el caso.

El tratamiento tiene aspectos básicos que se aplican mediante diferentes metodologías. Los objetivos principales son:

- Lograr una mejor adaptación e integración del individuo a su medio.
- Desarrollar la capacidad de atención y de seguimiento de instrucciones, sencillas primero y más complejas después.
- Desarrollar la capacidad lingüística.
- Enseñar las habilidades de la vida diaria.
- Eliminar o reducir las conductas repetitivas o estereotipadas y otras conductas anómalas que interfieren con el aprendizaje y la socialización.
- Estimular las funciones cognoscitivas.
- Mejorar las destrezas psicomotoras y las capacidades sensoperceptivas.
- Promover el bienestar emocional del paciente.
- Facilitar el aprendizaje de los conocimientos escolares, ya sea en aulas de educación especial o en programas de integración o inclusión.
- Dar apoyo psicológico y orientación a los familiares para lograr una mejor comprensión del problema y una educación en el hogar más efectiva.
- Insertar al joven autista que no presenta un retardo mental profundo a la vida social y laboral.
- Tratamiento de otras patologías comórbidas con los medicamentos.

El uso de psicofármacos solamente se justifica cuando se debe tratar conductas que no mejorar con modificación de conducta o controlando los factores ambientales desencadenantes. No existe ningún fármaco o producto que cure el autismo. Antes de administrar un psicofármaco al autista hay que tomar en consideración la edad, su estado mental y físico. Para los niños con trastornos de conducta como agresividad, crisis explosivas, inquietud excesiva y otros, se ha estado utilizando el haloperidol en dosis bajas y actualmente la risperidona, pero también se pueden utilizar otros neurolépticos. En caso de autistas que asisten a la escuela y tienen mejor nivel cognitivo, los estimulantes como el metilfenidato y otros medicamentos utilizados para el síndrome de hiperactividad también pueden ser útiles. En autistas mayores en edad puberal o en la adolescencia se están administrando recientemente los inhibidores de la recaptura de serotonina y de noradrenalina para patologías comórbidas como la depresión, los trastornos de la conducta, el trastorno obsesivo-compulsivo, las crisis de pánico y otros. Igualmente, los sedativos y los ansiolíticos como las benzodiacepinas tienen su aplicación en casos de niños o adolescentes autistas con estados de ansiedad o de sueño. Algunos reportan efectos paradójicos con estos medicamentos, aunque nosotros no los vemos con frecuencia.

B. SÍNDROME DE ASPERGER (PSICOPATÍA AUTÍSTICA INFANTIL)

Síntomas y diagnóstico.

Este síndrome descrito por H. Asperger en 1944 quien lo denominó “psicopatía autística”, ha sido objeto de controversia debido a que algunos lo consideran una forma leve de autismo, mientras otros creen que es una patología diferente aunque tenga algunos similitudes. Para su descubridor, se caracteriza por trastornos de la comunicación social igual que en el autismo, pero sin los trastornos del lenguaje y con mejor pronóstico debido a que existe una mejor capacidad cognitiva. Desde edades tempranas como los 3 años, los niños con Asperger pueden aprender letras o a leer aunque no comprendan inicialmente lo que leen (hiperlexia). El diagnóstico de síndrome de Asperger es más común hacerlo después de los tres años de edad ya que antes los síntomas no son claros o no se manifiestan. Nosotros hemos tenido algunos casos a los que hemos hecho el diagnóstico entre los dos y los tres años.

Aunque los niños afectados de esta patología muestran una pobre integración a otras personas y conductas o actitudes similares a los autistas como no mirar a la cara cuando se les habla o cuando quieren comunicarse, alejamiento afectivo, intereses restringidos, juego en solitario, su contacto afectivo con los padres es por lo general mejor. Fácilmente se tornan impacientes, irritables cuando no se siguen sus rutinas o deseos, o cuando se les contradice, llegando incluso a la agresión física. Muchas veces se muestran indiscretos e impertinentes debido a su incapacidad para discriminar situaciones sociales y cómo se debe actuar o expresarse de acuerdo a las circunstancias del momento. Es común en ellos apegarse a un determinado tema del cual se la pasan hablando, leyendo o dibujando. Este tipo de interés restringido puede durar de meses a años provocando que los demás niños se alejen de ellos y les pongan epítetos como “loco” o “raro”.

Aunque el desarrollo del lenguaje en los niños con síndrome de Asperger es mejor que en los autistas, el habla tiene características que la diferencia de la de los niños

normales. Es un habla poco expresiva, pedante y que está en función de sus propios intereses y no como un medio de comunicación social primordialmente. Por otra parte, a diferencia de los autistas, los que sufren síndrome de Asperger suelen tener dificultades de coordinación motora, especialmente de la motricidad gruesa, lo que les impide realizar ejercicios físicos y deportes con la agilidad necesaria siendo esto una fuente más de frustración. No es raro que destaquen en algún área del conocimiento científico o académico, lo que sucede mucho más que en los autistas, lo que se debe a su mayor capacidad intelectual y a su dedicación muy selectiva a ciertos temas.

El criterio diagnóstico de la CIE-10 para estos trastornos es el siguiente:

- Ausencia de cualquier retraso del lenguaje clínicamente significativo.
- Ausencia de retraso cognoscitivo clínicamente significativo.
- Presencia de déficit cualitativos en la interacción social como en el autismo.
- Manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general también como en el autismo.

Esta clasificación lo equipara el término Trastorno esquizoide de la infancia y al de Psicopatía autística.

Diagnóstico diferencial

- El autismo infantil típico: ya hemos repasado sus principales diferencias.
- Autismo atípico: éste cursa generalmente con retardo mental o tienen alteraciones importantes del lenguaje que el SA no tiene.
- Síndrome de Rett: cursa con síntomas neuromotores y esqueléticos progresivos y con mal pronóstico, de modo que su diferencia con el SA es muy evidente.
- Demencia de Heller: después de un período de normalidad de dos a tres años, viene otro de deterioro progresivo de las funciones cognitivas, lingüísticas y motrices que no se da en el SA.
- Esquizofrenia: se manifiesta mucho más tarde en la vida de un niño y cursa con síntomas como delirios, alucinaciones, conductas bizarras y otros síntomas negativos ausentes en el SA.
- El trastorno obsesivo-compulsivo: los intereses restringidos y estereotipados de los niños con Asperger no son vividos como intrusivos o molesto como sucede con las ideas obsesivas y las compulsiones, además de que los obsesivo-compulsivos no presentan las deficiencias cualitativas de la comunicación social de los que tienen SA.
- Trastornos emocionales de la infancia: en los niños tímidos y los mutistas selectivos las posibles deficiencias en la comunicación social se dan en ciertos momentos o ambientes, no existen generalmente intereses restringidos o movimientos estereotipados y no hay alejamiento afectivo como en los que padecen SA.

Hipótesis etiopatogénicas

La literatura médica de los últimos años reporta los siguientes hallazgos relacionados con el SA:

- Diámetro reducido del mesencéfalo.
- Anormalidades en la integridad neuronal del lóbulo prefrontal.
- Anormalidades en las vías fronto-estriatales que causan alteraciones en la integración sensorio motora.
- Disminución del tamaño de las mini columnas y sus componentes celulares más dispersos de lo normal.
- Disfunciones en el hemisferio derecho con afectación de la sustancia blanca.
- Alteraciones en genes localizados en la región 17p.

Evolución

Los pacientes con SA tienen mejor pronóstico que los autistas aunque no muy diferente de los autistas que tienen alto nivel de funcionamiento. Esta es una de las razones, entre otras de índole fisiopatológica, que han hecho afirmar a muchos investigadores que el SA es en realidad un extremo de un continuo que va desde el autismo muy grave al autismo de alto funcionamiento que sería lo mismo que el Asperger, y por lo tanto restan validez a este último síndrome como entidad nosológica independiente.

Los sujetos con SA tienen más oportunidades de completar estudios secundarios y universitarios, de conseguir empleos y hasta de mantener una relación matrimonial y familiar. De hecho, se ha afirmado que varias personalidades famosas del mundo de las ciencias y de la filosofía eran personas con este síndrome. No obstante, también, dada sus deficiencias en las relaciones sociales tienen mayor posibilidad de desarrollar otras patologías psiquiátricas.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento de los pacientes con SA son iguales a los de los autistas aunque en ellos es más factible someterlos a psicoterapias individuales dada su mejor capacidad cognoscitiva y lingüística. Muchas veces la psicoterapia tendrá que enfocarse a ayudar al paciente a tolerar frustraciones, a integrarse a sus pares mejorando sus habilidades sociales, a modificar pensamientos distorsionados. Se recomienda que la psicoterapia con estos pacientes, al igual que en aquellos autistas con alto nivel de funcionamiento, se haga de forma altamente estructurada y directiva, tomando en consideración las debilidades y fortalezas psicológicas y sociales del individuo. En los más pequeños será más útil la terapia lúdica semi estructurada. Aquí también es válido lo que antes hemos dicho en relación a los psicofármacos.

C. SÍNDROME DE RETT

Síntomas y diagnóstico

Este es un síndrome descrito por Andreas Rett en 1966 y es poco común siendo su frecuencia de 1 en 10-22000 nacimientos. A diferencia del autismo y del Asperger que son más frecuentes en varones, éste es casi exclusivo de mujeres. Tiene manifestaciones somáticas de tipo neuromuscular y esquelético que aparecen después de un período de desarrollo normal, por lo general entre el final del primer año y el tercero. Sus síntomas habituales son:

- Pérdida parcial o total del desarrollo del lenguaje.
- Flexión de los brazos hacia el pecho.
- Movimientos estereotipados de retorcerse o frotarse las manos.
- Falta de masticación adecuada de los alimentos por debilidad de los músculos de la deglución.
- Babeo y protrusión de la lengua.
- Marcha inestable.
- Debilidad muscular o hipotonía que con el tiempo puede convertirse en rigidez o espasticidad.
- Hiperventilación.
- Desviaciones de la columna vertebral como cifosis y escoliosis causadas por problemas musculares.
- Detención del desarrollo de la cabeza.
- Pérdida del contacto social y mirada que parece atravesar a la personas sin establecer contacto.
- Convulsiones epilépticas que puede llegar hasta un 80% de los casos.

Estos síntomas van apareciendo en secuencia desde el inicio de la enfermedad comenzando generalmente por la detención del desarrollo, seguida en los años escolares por la pérdida de las capacidades cognoscitivas, lingüísticas y sociales, movimientos anormales, y las manifestaciones musculares y esqueléticas más graves.

Los síntomas antes descritos y su evolución hacia el deterioro sin la presencia de otro trastorno neurológico que justifique un diagnóstico diferente (enfermedades degenerativas, encefalopatías por almacenamiento, malformaciones cerebrales, neoplasias, encefalopatías infecciosas) es suficiente para un diagnóstico diferencial.

Hipótesis etiopatogénicas

- Anormalidades en el desarrollo dendrítico en el cerebro anterior. Esto se ha relacionado con la presencia de bajos niveles de factor de crecimiento neuronal y alta concentración de glutamato en el líquido cefalorraquídeo. Existiría según esta hipótesis una deficiencia colinérgica de origen genético.

- Trastornos en la producción y eliminación de sinapsis en el período temprano de las neurogénesis.

- Cerebro de tamaño reducido para la edad y peso del niño con disminución del árbol dendrítico en las neuronas piramidales de las capas III y IV en lóbulos frontal (incluyendo área motora) y temporal.

- Niveles reducidos de dopamina, serotonina, noradrenalina, colin-acetil-transferasa, factor de crecimiento neuronal, endorfinas, glutamato y otros aminoácidos y sus receptores en el cerebro.

- Mutación dominante del gen MeCP2 (methyl-CpG binding protein 2) en el cromosoma X, específicamente en el locus Xp28(otros lo sitúan en Xq27). Se cree que esta es la causa del 80% de los casos de SR. Esta mutación produce una gran variabilidad de fenotipos clínicos necesitándose que un cierto porcentaje de neuronas se ven afectadas por esta mutación para que se de el

fenotipo clásico del SR. Esta proteína parece estar relacionada intracelularmente con la regulación de la expresión de genes, la composición de la cromatina y la arquitectura cromosómica, así como con la represión de los procesos de trascripción. Los estudios en ratones han demostrado que la delección selectiva del gen de MeCP2 en las neuronas produce un fenotipo similar al del SR con reducción del peso cerebral y distrofia neuronal. Sin embargo, esta alteración genética ha sido implicada actualmente en otros trastornos como el retardo mental ligado al cromosoma X, el autismo, el síndrome de Angelman y otras encefalopatías de inicio neonatal. Al parecer tanto varones como mujeres están en riesgo de padecer alteraciones fenotípicas por esta mutación, aunque en los casos de SR existe un exceso de mutaciones derivadas del padre. Por otra parte, existe un 20% de casos de Rett donde no se ha encontrado la mutación de MeCP2.

Evolución.

El deterioro motor que sufren los pacientes con SR puede llevarlos finalmente en los años de la pubertad o la adolescencia a la pérdida de la deambulación y la necesidad de transportarse en sillas de ruedas, así como de ser asistidos en sus necesidades diarias. Se dan casos de muerte súbita y la expectativa de vida es generalmente menor que la de los pacientes con otros trastornos como el autismo o el síndrome de Asperger quienes pueden vivir el promedio de años de la población normal. También pueden darse crisis epilépticas más frecuentes y problemas respiratorios. La vida en general de estas personas queda limitada al hogar y los hospitales.

Tratamiento.

Aparte de psicoterapia de apoyo a la familia y fomentar una comunicación afectiva y frecuente entre ésta, especialmente la madre, y el paciente, el tratamiento del síndrome de Rett no compete tanto al psiquiatra como a otros especialistas. Es necesario tratar las convulsiones, las posturas anormales y la espasticidad, los problemas de alimentación, respiratorios y ortopédicos. Por lo tanto, son el neurólogo, el ortopeda, el especialista en medicina física y rehabilitación y las terapeutas físicas, el especialista en nutrición y el pediatra quienes más tendrán que intervenir.

D. TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA (DEMENCIA INFANTIL DE HELLER).

Síntomas y diagnóstico.

También denominada psicosis desintegrativa, se caracteriza por una regresión profunda y general de casi todas las habilidades que el niño había adquirido en un período previo de desarrollo aparentemente normal durante los primeros 2 a 3 años de la vida. El inicio de los síntomas puede ser insidioso (semanas o meses) o agudo(en pocos días). En algunos casos es precedido días o semanas antes por un estado emocional alterado con irritabilidad, ansiedad y disforia. Una vez iniciado el proceso regresivo el paciente se deteriora en las capacidades lingüísticas(lenguaje expresivo y receptivo), motoras, sociales, de juego y de control de esfínteres. También aparecen

otros síntomas parecidos a los del autismo como manierismos, movimientos estereotipados y repetitivos, resistencia a los cambios de rutina, pérdida de interés por el entorno y respuestas afectivas inadecuadas.

Según la CIE-10, la diferencia con las demencias del adulto a las que se asemeja son: la ausencia de una lesión cerebral identificable(aunque se presume que existe una alteración neurológica), el hecho de que puede darse a veces algún grado de recuperación y que el deterioro social y de la comunicación tiene rasgos más típicos del autismo que del deterioro intelectual.

Puede seguir tres tipos de evolución:

- Después de llegar a un nivel de deterioro importante éste se detiene y no progresa más. Ésta es la evolución del 75% de los casos.
- En algunos pocos casos, la regresión es seguida por recuperaciones muy limitadas como en el área verbal.
- En otros casos el deterioro sigue progresando hasta que se produce el fallecimiento. Esto es más frecuentemente observado cuando se da un proceso neurológico progresivo identificable. En los casos más graves hay alteraciones del electroencefalograma y convulsiones.

En términos generales el pronóstico es malo y la mayoría quedan afectados de retardo mental grave o profundo si no fallecen.

El educador especial vienés Theodore Heller había descrito en 1908 un cuadro patológico similar en seis niños con aparición hacia los tres o cuatro años de una rápida regresión con afectación importante del lenguaje adquirido con evolución irremediable hacia un estado de estupidez.

Igual que el autismo y a diferencia del síndrome de Rett, esta patología es más frecuente en varones que en mujeres y su aparición es muy rara. Se calcula que es sesenta veces menos frecuente que el autismo infantil, lo que equivaldría a 1/60000 aproximadamente.

Diagnóstico diferencial

Las patologías que más podrían parecerse al TDI son:

- El síndrome de Rett: es de aparición casi exclusiva en niñas y los hallazgos neurológicos y genéticos son diferentes.

- El síndrome de afasia adquirida con epilepsia o síndrome de Landau-Kleffner: en este síndrome que cursa con afectación importante del lenguaje y alteraciones paroxísticas del EEG bitemporales o con una disrritmia cerebral generalizada y ataques epilépticos, por lo general está conservada la inteligencia y no se dan los síntomas de deterioro social y motores como en el TDI.

- Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso central: los estudios neurológicos e histopatológicos permiten el diagnóstico diferencial en estos casos en los que hay lesiones cerebrales evidentes.

Hipótesis etiopatogénicas

Aunque algunas veces este síndrome puede ir acompañado de algún sustrato patológico cerebral identificable, los conocimientos actuales señalan que no lo es la mayor parte de las veces. No obstante, la naturaleza de los síntomas hacen muy obvio que debe haber un mecanismo fisiopatogénico del sistema nervioso central. En 1996 Russo, Kolodny y Gillberg a propósito de un caso de un niño de 6 años con este síndrome, propusieron que factores genéticos combinados con algún tipo de estrés ambiental provocaban el depósito de sustancia amiloide y la alteración de la transmisión sináptica durante el período de deterioro. Este proceso de deterioro podría ser una respuesta autoinmune auto limitada. Esta hipótesis no ha sido confirmada y son muy escasos los estudios y por lo tanto la literatura médica sobre esta patología.

Tratamiento

Es muy poco lo que se pueda decir sobre el tratamiento de este síndrome que no se haya dicho ya al referirnos al tratamiento de las patologías anteriores de este capítulo, especialmente del síndrome de Rett. Al igual que éste, el tratamiento está más en manos de rehabilitadores físicos, neurólogos y cuando se dan trastornos emocionales y conductuales importantes, entonces el psiquiatra puede intervenir con orientación sobre manejo de conducta y administración de psicofármacos apropiados a cada paciente y situación.

E. RETARDO MENTAL

Síntomas y diagnóstico.

La clasificación de internacional da como definición de retardo mental un trastorno caracterizado por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, con deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y de socialización. Es importante incluir dos aspectos para hacer el diagnóstico: el nivel de inteligencia y la capacidad de adaptación al medio(habilidades comunicativas, de aprendizaje, de la vida diaria y sociales). No se debe hacer el diagnóstico en base a uno solo de estos criterios.

En términos generales hay disminución de la inteligencia, dificultad para expresar afectos, deficiencias en la comunicación verbal, trastornos de la motricidad, poca tolerancia a la frustración, dificultad para comprender las necesidades de los demás, escasa o nula capacidad de reflexión, detención en etapas de pensamiento concreto o pre operacional, atención lábil y aprendizaje académico lento y limitado. Estas características varían en intensidad desde muy leves hasta muy graves y no siempre están todas en una misma persona con retardo mental, especialmente cuando se trata de los casos leves y moderados.

En niños de pocos meses de vida hay síntomas que pueden ayudar a sospechar que sufrirán de retardo mental tales como hipo o hipertonía muscular prolongada, falta de respuestas o lentitud en las mismas a los estímulos verbales y afectivos, adquisición tardía del control de grupos musculares como el control cefálico, del tronco, el gateo y la marcha. En años posteriores, el retraso importante en el desarrollo de las habilidades psicolingüísticas, de las habilidades de juego y las actitudes que reflejan una gran discrepancia entre la edad cronológica y las emociones pueden, aunque no siempre, ser señales de un retardo mental en niveles leves a moderados. Los casos más graves, en los que generalmente hay una lesión cerebral evidente, los síntomas también son más notorios desde muy temprano, especialmente en lo que concierne al desarrollo sensoriomotor. Son niños que no llegan a sostener la cabeza, a sentarse, gatear o caminar hasta pasados muchos meses después de lo esperado o nunca lo logran.

En años escolares, si los síntomas del retardo han pasado desapercibidos por su levedad, las dificultades para el aprendizaje se pueden hacer patentes desde el pre Kinder o el Kinder. Es común que niños con retardos leves a moderados fracasen el primer grado o sean promovidos a segundo grado sin saber leer ni escribir.

El diagnóstico de retardo mental se debe basar en los siguientes pasos:

- Historia clínica completa que recoja datos referentes a las etapas prenatales, peri natales y postnatales; antecedentes de enfermedades adquiridas en los primeros meses de la vida; antecedentes de enfermedades familiares; antecedentes nutricionales; descripción del desarrollo de psicológico y físico; del rendimiento escolar y de la adaptación al medio.

- Observación del las destrezas del niño en la clínica y si es un niño con capacidad de comunicación verbal, una entrevista que nos pueda permitir juzgar sobre sus capacidades cognoscitivas, lingüísticas y emocionales.

- Aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas para la población con la que se trabaja: pruebas de inteligencia, de capacidades lingüísticas, psicomotoras y de madurez social. Estas pruebas deben ser administradas por psicólogos y bajo condiciones adecuadas para limitar al máximo los posibles resultados falsos o no congruentes con la realidad del paciente.

- Exámenes médicos que puedan detectar enfermedades causantes del retardo mental: exámenes neurológicos, endocrinológicos, genéticos y pediátricos en general.

- Informe de trabajo social sobre las condiciones de la vida familiar que puedan contribuir al retardo mental por privación de estímulos adecuados, por maltrato (por acción o negligencia), pobreza física, etc.

El retardo mental ha sido divido en cuatro tipos según el nivel de inteligencia. A continuación los agruparemos en tres apartados.

1. <u>Retardo mental leve</u>

Corresponde a individuos con cociente intelectual (C.I.) entre 50 y 69. Su nivel de adaptación está menos afectado y con el tiempo pueden progresar, logrando una vida comunitaria y laboral aceptable y productiva dentro de los límites de sus capacidades. Generalmente son capaces de finalizar la educación escolar básica aunque la mayoría de las veces con ayuda especial. En este nivel están más del 75% de la personas con retardo mental. No es raro ver que estos pacientes tienen otros hermanos y padres que funcionan por debajo de lo esperado, lo que estaría indicando o un factor genético subyacente, o el efecto de una misma condición socioeconómica y cultural. Los retardados leves con frecuencia tienen dificultades con la disciplina en el hogar y la escuela por su pobre capacidad de reflexión y de control de impulsos. Tienen más inclinación a relacionarse con niños de menor edad, debido en parte a su propia inmadurez y por otra al rechazo y hostigamiento de los de su edad. Pueden aprender un oficio práctico en entrenamientos de 1 a 3 años, pero también pueden ser captados fácilmente por pandillas y grupos consumidores de drogas, cayendo así en la delincuencia, especialmente cuando viven en ambientes socialmente desventajosos. El retardo mental leve corresponde a lo que se conoce como morón, término que no es muy apropiado debido a su matiz peyorativo.

2. Retardo mental moderado

Corresponde a quienes se sitúan entre 35 y 49 de C.I. Sus habilidades lingüísticas, tanto a nivel comprensivo como expresivo, son mucho más inmaduras que en el retardo leve. Su aprendizaje escolar apenas supera al conocimiento de conceptos básicos, pero el aprendizaje de la lectura y escritura se hace muy arduo y quizá nunca pasen del conocimiento de algunas letras. Igualmente sucede con la aritmética, campo en el que posiblemente no lleguen más allá de contar hasta cierta cantidad. Su entrenamiento para la vida en el hogar y en la comunidad inmediata es mejor que el escolar pero no suelen estar capacitados para llevar una vida independientemente. Pueden ser entrenados en oficios muy simples y mecánicos pudiendo trabajar en talleres protegidos con mucha supervisión. Si no viven con sus familiares pueden hacerlo en residencias acondicionadas para personas con discapacidades. Si acostumbran a pasar algún tiempo fuera de sus casas y viven en comunidades de alto riesgo social, también pueden ser presa fácil de personas mal intencionadas o de delincuentes. Es común que sean víctimas de abusos sexuales o físicos.

3. Retardo mental grave y profundo

Los niveles de retardo de estas categorías se inician por debajo de un C.I. de 35 en el primer caso y de 20 a 25 en el segundo. Las personas en estos niveles de retardo no son adiestrables para oficios sencillos y requieren vivir siempre bajo tutela en ambientes estructurados. Suelen tener trastornos neurológicos y déficit motores o sensoriales importantes. En los casos más profundos pueden estar confinados a una cama o silla de ruedas. El comportamiento con rasgos autistas es más común en estas personas. Su expectativa de vida suele ser más corta debido a las complicaciones de sus enfermedades de base y al tipo de vida. Con las pruebas de inteligencia no se puede obtener el nivel cognoscitivo debido a las limitaciones de comprensión y lenguaje, por lo que es necesario aplicar pruebas de desarrollo y de madurez social. El retardo mental profundo equivale a la idiocia, término que ya casi no se usa en el contexto médico.

Estas categorías de retardo mental están basadas en la intensidad del mismo y estableciendo límites algo arbitrarios los que se ha llegado por consenso internacional. Estos límites no pueden ser exactos debido a que entre una persona con retardo y otras existen muchas diferencias individuales con áreas de funcionamiento no uniformes. Así, es posible encontrar, por ejemplo, mayor similitud entre un retardado leve con un C.I. de 52 con uno moderado con C.I. de 48 que entre el primero y otro con C.I. cercano a 70, y sin embargo, si se toma muy estrictamente la clasificación, ambos quedan en dos categorías distintas.

Diagnóstico diferencial

Los casos de retardo mental grave y profundo casi no presentan problemas de diagnóstico diferencial como no sea los de descubrir la patología subyacente. En los casos moderados a leves se debe considerar la diferencia con:

- Los trastornos del aprendizaje escolar que no cursan con C.I. por debajo de 70.
- Los retardos específicos del lenguaje y de la motricidad que si bien pueden afectar algunos aspectos de la vida de la persona, no detienen su desarrollo global ni cognoscitivo.
- Los casos de autismo infantil y de síndrome de Asperger que no cursan con retardo cognoscitivo.
- Los casos de deficiencias sensoriales como hipoacusia marcada y de ceguera que no tienen por qué cursar con bajo rendimiento intelectual, aunque en un primer momento pueda parecer que el niño está retrasado en comparación a los demás.
- Los niños que en los primeros meses o años de la vida pueden mostrar un cierto retraso en las pruebas psicológicas debido a una situación de pobreza cultural, pero que después con una adecuada estimulación y el aprendizaje escolar logran superar la brecha.

Etiología

En principio, todo aquello que impida el normal desarrollo del cerebro o le produzca lesiones permanentes, puede causar un estado de retardo mental. En la tabla siguiente exponemos estas posibles causas.

Tabla 7

Causas más comunes de retardo mental

Causas prenatales	Causas peri natales	Causas postnatales
Genéticas*	Lesiones cerebrales por partos distócicos	Infecciones como meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales
Infecciones maternas y fetales: sífilis, citomegalia, rubéola, toxoplasmosis y otras.	Hemorragias cerebrales	Traumas cerebrales
Irradiación fetal	Hipoxia	Intoxicación por plomo, mercurio y otros
Ictericia nuclear	Hipoglicemia neonatal	Accidentes vasculares, oclusiones y hemorragias

		cerebrales
Toxemia gravídica	Infecciones con afectación del S.N.C.	Encefalopatía por vacunas
Malnutrición fetal		Desnutrición en los primeros años
Anomalías placentarias		Privación crónica de estímulos en los primeros años
Tóxicos. drogas, fármacos, alcohol, tabaco, metales.		
Hipotiroidismo congénito		

*En la tabla siguiente se da una lista de las patologías genéticas que cursan con retardo mental.

Tabla 8
Patologías genéticas que cursan con retardo mental

Causas genéticas de retardo mental*	
Cromosómicas	Trisomía 21, trisomía 13, trisomía 18, XXXXX, XXXXY, XO(Turner), delecciones en 4p, 5p (maullido de gato)y 21q.
Con estatura baja	Síndrome de Cornelia de Lange. De Rubinstein-Taybi y de Seckel.
Trastornos musculares	Síndrome de Prader-Willi y de Lowe.
Trastornos neurológicos	Síndr. de Marinesco-Sjögren, de Sjögren-Larsson y de Menkes.
Con anomalías genitales	Síndr. de Smith-Lemli-Opitz.
Con craneosinostosis y displasias esqueléticas	Sindr. de Apert(acrocéfalo-sindactilia), de Carpenter y de Albright(osteodistrofia hereditaria).
Mucopolisacaridosis	Sindr. de Hurler, de Hunter, de Sanfilippo y de Leroy.
Ectodermosis congénitas	Esclerosis tuberosa, neurofibromatosis y angiomatosis cerebral.
Trast. de metabolismo de los aminoácidos	Fenilcetonuria, tirosinemia, homocistinemia, hiperamoniemia, histidinemia.
Trast. de metabolismo de los hidratos de carbono	Galactosemia, aglucogenosis.
Trast. de metabolismo de las purinas	Síndrome de Lesch-Nyhan(gen ligado al cromosoma X).
Lipidosis cerebrales	Enfermedad de Tay-Sachs.

* Modificado de Smith: Atlas de malformaciones somáticas en el niño, 1972.

En alrededor de una tercera parte a un 40% de los casos de retardo mental no hay una causa conocida. Otra tercera parte se debe a causas externas(prenatales o postnatales) y otra tercera son de naturaleza genética.

Comorbilidad

La incidencia de otras patologías psiquiátricas en los retardados es mayor que en el resto de la población, llegando hasta algo más del 50% de los casos. Esto es favorecido por las limitaciones cognoscitivas, emocionales y sociales, además de las

patologías orgánicas que muchas veces subyacen al retardo mental. En realidad, pueden presentar cualquier tipo de trastorno mental o del comportamiento pero los más frecuentes son:

- Trastornos de la conducta.
- Hiperactividad.
- Fobias.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos depresivos.
- Conducta autista.
- Trastornos del control de los esfínteres.

Algo menos frecuente son los casos de psicosis esquizofrénicas que cuando se dan en retardados moderados a graves plantean un problema difícil de diagnóstico por la pobreza de la ideación psicótica y de la capacidad expresiva del paciente.

Por otra parte, los retardados, especialmente si presentan problemas de conducta, están más propensos a ser víctimas de maltrato por parte de familiares y otras personas. Además, el impacto en la familia donde existe una persona con retardo es considerable desde todo punto de vista ya que exigen mayores cuidados médicos y psicológicos, educación especializada; causa frustración en padres y hermanos; obliga a mostrar mayor paciencia y tolerancia en la convivencia con aquél; existe incertidumbre sobre su futuro y se sufre por el rechazo de otros familiares o vecinos hacia la persona retardada. En sociedades poco desarrolladas donde las posibilidades sociales y económicas para adolescentes y adultos con retardo mental son muy limitadas o casi inexistentes, incluso después de haber salido de una formación escolar o práctica-vocacional, la situación de estas familias se torna aún más desesperada.

Tratamiento

El tratamiento, debe iniciarse lo más tempranamente posible, y por eso la importancia de que los médicos generales, las enfermeras y otras personas que laboran en centros de salud de atención primaria, estén bien informadas sobre los síntomas iniciales del retardo mental, así como del hecho de que la población, especialmente la que está en edad de tener hijos, también tengan más conocimientos al respecto.

El tratamiento incluye:

- Métodos de estimulación temprana para todos aquellos niños que por los antecedentes prenatales, peri natales o postnatales inmediatos estén en riesgo de ser retardados.
- Tratamiento precoz y adecuado de las patologías médicas que pueden causar retardo mental.
- Orientación a padres sobre la estimulación en casa y los métodos apropiados de crianza.
- Educación especializada desde la etapa preescolar.
- Tratamiento de las patologías psiquiátricas comórbidas con:

- Métodos de modificación de conducta: en retardados son los métodos más apropiados ya que otros como la terapia cognitiva o la psicoanalítica no son eficaces debido a la incapacidad del paciente para reflexionar y hacer introspección.
- Tratamientos farmacológicos: dependiendo del tipo de conducta a tratar y tomando en consideración las patologías médicas que puedan ser una contraindicación.
- Terapias de familia: cuando existan factores de dinámica familiar que empeoren la situación emocional o dificulten la educación del paciente.
- Entrenamiento vocacional.
- Entrenamiento para el desenvolvimiento en la comunidad.

D. LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Síntomas y diagnóstico.

Estos trastornos, igual que los del lenguaje y de la psicomotricidad que describiremos más adelante, no son propiamente hablando enfermedades o trastornos psiquiátricos, correspondiendo más al campo de acción de educadores especiales y psicólogos educativos. No obstante, el psiquiatra de niños debe conocerlos bien pues muchas veces le tocará orientar el diagnóstico en este sentido, debiendo además saber cuando pueden confundirse con bajo rendimiento escolar por problemas psicológicos. Por otra parte, los trastornos del aprendizaje y del desarrollo en otras áreas pueden traer como consecuencia alteraciones emocionales, de la conducta y familiares que competen al especialista en salud mental infantil.

Los trastornos del aprendizaje son dificultades primarias para el aprendizaje de la lectura, la escritura o el cálculo que no se deben a enfermedades neurológicas, mentales o de otra índole. Se manifiestan desde que el niño empieza su aprendizaje escolar, ya desde la etapa preescolar, aunque a veces pueden no ser detectados hasta que se inicia el proceso de alfabetización en Kinder o primer grado. Las pautas de la CIE-10 para el diagnóstico son:

1. Deterioro importante del aprendizaje en relación con el nivel escolar, con antecedentes de anomalías cualitativas que no son parte del desarrollo normal y la resistencia a mejorar fácilmente con ayudas extras.
2. Que no se deba a un retardo mental o deficiencias menores de la inteligencia general.
3. Debe ser una deficiencia precoz, que se manifiesta desde el inicio de la escolaridad.
4. Deben estar ausentes factores externos que pudieran justificar el trastorno del aprendizaje.
5. No deben ser causados directamente por deficiencias sensoriales (visuales o auditivos) no corregidos.

Tipos de trastornos de aprendizaje

- Trastorno específico de la lectura (dislexia) (Gr. dys=dificultad + lexis = palabra).

En estos casos existe una dificultad inherente que puede variar en intensidad para el aprendizaje de la lectura lo que impide el progreso del proceso de enseñanza-aprendizaje en quienes la padecen. En casos graves, los niños pasan a veces más de dos o tres años en empezar a leer de manera más o menos aceptable. En los casos más leves, leen en menos tiempo, aunque siempre más lentamente que los niños normales, y con muchos errores. El nivel de comprensión de lectura suele estar muy afectado, generalmente más que la capacidad de reconocimiento y lectura mecánica de las letras y palabras. No obstante, este proceso también está afectado incluyendo el reconocimiento visual y auditivo de los caracteres alfabéticos.

Cuando los niños están ya leyendo son frecuentes las omisiones, cancaneo y lentitud en la lectura; pérdida del ritmo de la lectura; dificultades para recordar lo leído y extraer conclusiones por sencillas que puedan ser. Estas dificultades para leer causan en los afectados conductas de evitación y huída de los deberes escolares que tienen que ver con lectura y por lo tanto, se da un agravamiento del problema académico.

Los trastornos específicos de la lectura y de la escritura a los que nos referiremos a continuación son también considerados como trastornos del lenguaje escrito y están además muy relacionados con trastornos de la lateralidad, de las capacidades perceptivo-motoras y de atención.

Etiopatogenia

Entre los posibles factores relacionados con este trastorno se mencionan:

- Genéticos: con frecuencia existen otros familiares con problemas de aprendizaje, del lenguaje o la psicomotricidad. Algunos estudios señalan una herencia autosómica dominante relacionada al cromosoma 15 en ciertos casos aunque parece haber en otros un trastorno genético heterogéneo.
- Neuroanatómicos: defectos en la organización de la corteza cerebral como displasias neuronales, micropoligiria, ectopias en las regiones frontales inferior y temporal izquierdas, así como ausencia de la asimetría normal del cerebro y desarrollo insuficiente a nivel del planum temporale izquierdo.
- Lesiones o disfunciones cerebrales producidas por factores prenatales y peri natales.

Pareciera que el trastornos puede tener una etiología genética que sería la causante de una alteración en la organización cito arquitectónica de la corteza y otra de origen externo que produce cambios similares por situaciones como insuficiente desarrollo fetal, hipoxia, hemorragias placentarias, hipertensión materna, etc. Otra hipótesis es la que sugiere que altos niveles de testosterona del feto o en la circulación materna pueda producir estos defectos en el hemisferio izquierdo. En estos casos de trastornos de lectura se da una mayor proporción de varones afectados que de mujeres en una relación de 3 a 1 aproximadamente.

❖ Trastorno específico de las escritura (disgrafia) (Gr. dys=dificultad + graphein=grabar)

Nos referimos aquí a un trastorno específico para la escritura que puede darse sin el antecedente de un trastorno de la lectura o con él. Los niños que lo padecen también lo

manifiestan desde el inicio de su etapa escolar y se caracteriza por la dificultad de reproducir gráficamente los caracteres alfabéticos, las palabras o las frases: escriben letras en espejo; omiten, sustituyen o distorsionan la grafía de las letras o palabras; tienen problemas para escribir las palabras de una frase en la secuencia adecuada; no logran comprender ellos mismos lo que escriben y frecuentemente presentan mal agarre del lápiz lo que les trae a su vez cansancio fácil de la mano y el brazo. Es frecuente que se asocie con trastornos de la motricidad y del lenguaje además del trastorno de la lectura. La mayoría de los niños con trastorno específico de la lectura presentan también el de escritura lo que hace suponer que los factores etiopatogénicos son los mismos.

❖ Trastorno específico para el cálculo (discalculia)

En este trastorno está afectado el aprendizaje de la aritmética básica como suma, resta, multiplicación y división en ausencia de una causa neurológica, deficiencias sensoperceptivas o enseñanza inadecuada. Es por tanto, igual que los de la lectura y de la escritura, trastornos de índole primaria. Entre sus síntomas están:

- Falta de comprensión de conceptos básicos de la aritmética.
- Falta de comprensión de signos y símbolos matemáticos.
- Dificultad en el manejo de las reglas aritméticas.
- Dificultad para alinear adecuadamente números o insertar decimales o símbolos durante los cálculos.
- Mala organización espacial de los cálculos aritméticos.
- Pobre capacidad para aprender las tablas de multiplicar.
  CIE-10).

También se conoce por los términos acalculia o discalculia del desarrollo y Síndrome del desarrollo de Gerstman.

A diferencia de los dos anteriores no se relaciona tanto con problemas del lenguaje y de percepción auditiva aunque sí con problemas viso-espaciales y viso-perceptivos. Los niños con este trastorno tienen mucha dificultad para hacer cálculos aritméticos básicos a nivel mental y recurren por un tiempo prolongado a ayudas tangibles como los dedos, el ábaco y otras.

No se conocen aún las causas de la discalculia pero es posible que también hayan factores genéticos y neurobiológicos involucrados. En algunos casos se dan juntos los tres tipos de trastornos de aprendizaje que hemos descrito.

Diagnóstico de los trastornos del aprendizaje

El diagnóstico deberá hacerse en base a la información que dan los maestros de preescolar y el primer grado, la que dan los padres, los antecedentes como el presentar otros trastornos del desarrollo del lenguaje y de la motricidad, así como en las evaluaciones con pruebas psicológicos y psicopedagógicas estandarizadas realizadas por psicólogos o psicopedagogos. Como ya se dijo anteriormente, el médico deberá descartar patologías que puedan estar causando un bajo rendimiento escolar y

solicitar exámenes pertinentes entre los que no deben faltar nunca los de oftalmología y audiometría.

Diagnóstico diferencial de los trastornos del aprendizaje

Los trastornos específicos del aprendizaje de la lectura, escritura y cálculo no deben confundirse con:

- Bajo rendimiento escolar por falta de estudio y motivación.
- Bajo rendimiento escolar por enseñanza deficiente.
- Aprendizaje lento de la lectura pero sin las características de la dislexia y que se supera con mayor facilidad.
- Trastornos de la lectura, la escritura y el cálculo por deficiencias visuales o auditivas.
- Bajo rendimiento escolar por enfermedades debilitantes como la desnutrición, anemias, parasitosis intestinal y otras.
- Bajo rendimiento escolar o dificultades de lectura, escritura o cálculo por trastornos emocionales (ansiedad, depresión, fobia escolar, mutismo selectivo, etc.).
- Trastornos de aprendizaje por enfermedades neurológicas.

Comorbilidad

Los TA a menudo se acompañan de:

- Trastornos del desarrollo del lenguaje.
- Trastornos del desarrollo de la psicomotricidad.
- Trastorno hipercinético y de atención.
- Trastornos conductuales que no son consecuencia de la situación de deficiencia académica sino que emergen paralelamente debido a la inmadurez neurobiológica que muchos de estos niños tienen.

Consecuencias de los TA

- Fracasos escolares repetidos.
- Falta de motivación por aprender.
- Aparición de conflictos entre el niño y sus padres por su negativa a hacer tareas y/o a recibir clases especiales en horas extra-escolares.
- Trastornos emocionales causados por la frustración de no progresar en el aprendizaje, por burlas de otros compañeros, rechazo de algunos docentes que no comprenden el problema, y ansiedad por anticipación de futuros fracasos.
- Trastornos de conducta como el negativista-desafiante, agresividad, fugas y ausencias de la escuela, conducta impertinente, etc., causados por los conflictos que se generan entre el alumno y sus maestros y/o padres, así como por la desmotivación por atender en clases y aprender.
- Abandono de los estudios al llegar a los últimos grados de la educación básica (7º a 9º) donde si no se han superado las deficiencias en el aprendizaje o las consecuencias que de ellos se han derivado, la situación académica se complica aún más.

Tratamiento de los trastornos del aprendizaje

Una vez detectado que un niño tiene un trastorno de aprendizaje es necesario:

- Iniciar un tratamiento pedagógico remedial por educadores especializados en trastornos de aprendizaje.
- Tratamiento de los trastornos de orientación derecha-izquierda, de psicomotricidad y del lenguaje si el paciente los presenta.
- Orientar a padres y personal docente sobre la índole del problema del niño y procurar que haya una adecuada coordinación entre la maestra de grado y el maestro especializado.
- Tratar los problemas emocionales o conductuales que puedan aparecer como consecuencia de ellos o como comórbidos.
- Utilización de fármacos como los estimulantes cuando el trastorno de aprendizaje cursa con dificultades de atención.

E. TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y DEL HABLA

Síntomas y diagnóstico.

Estos trastornos pertenecen principalmente al campo de trabajo de los patólogos del lenguaje o foniatras y a los terapeutas que con ellos trabajan. Así pues, no son primariamente problemas psicopatológicos, aunque también nos interesan debido a que se relacionan frecuentemente con situaciones patológicas de índole emocional y conductual. Las alteraciones lingüísticas que incluimos en este apartado son:

- Trastornos específicos de la pronunciación.
- Trastornos de la expresión.
- Trastornos de la comprensión.
- Afasia adquirida con epilepsia o síndrome de Landau-Kleffner.

Los trastornos de la pronunciación del lenguaje, también denominados dislalias y lambadacismo (gr. lambda =letra l + ismo = estado o condición), son muy comunes en la niñez al menos hasta los 6 o 7 años. No obstante, después de esa edad, si persisten se consideran ya como anormales. Debe tomarse en consideración también la edad mental del niño y otras condiciones médicas. Se presentan como omisiones, sustituciones o distorsiones de fonemas así como inconsistencias en la pronunciación de sonidos coincidentes. Uno de los defectos de pronunciación más frecuentes es el rotacismo (gr. rhotakismós) que consiste en la dificultad de pronunciar la letra r, especialmente cuando es doble, y también el lambadcismo ya mencionado más arriba y que se trata de un vicio de pronunciación de la letra l o en pronunciar la r como l.

Los trastorno de la expresión o disfasia del desarrollo (Gr. dys=dificultad + phrasis=lenguaje), se da en niños cuya capacidad de comprensión del lenguaje está generalmente normal o si acaso levemente disminuida. No es raro que se asocie con defectos de pronunciación. Sus síntomas son:

- Pobreza de vocabulario en relación a la edad del niño.

- Ausencia de las habilidades lingüísticas expresivas a las edades correspondientes: conjunción de dos palabras hacia los dos años y de frases de tres palabras (sujeto, verbo y predicado) hacia los tres años de edad.
- Uso excesivo de ciertas palabras o palabras pivotes alrededor de las cuales se construyen las frases sencillas.
- Defectos de la sintaxis.
- Omisión de preposiciones, artículos, formas verbales y sustantivos.
- Uso incorrecto de reglas gramaticales.
- Dificultad para narrar experiencias en la secuencia adecuada.
- Comunicación a base de mímica o gestos cuando no se logra hacerlo mediante el habla.
- Repetición frecuente o prolongación de sonidos, sílabas o palabras y pausas que interrumpen el flujo normal del habla lo que se conoce como tartamudez o espasmofemia. Este problema se considera anormal cuando es persistente y se prolonga más allá de la primera infancia. Los pacientes que sufren de tartamudez presentan a menudo mucha dificultad para empezar a hablar y permanecen unos segundos repitiendo las primeras sílabas de la frase y esto puede ir acompañado de gestos y o movimientos de los músculos de la cara que dan un aspecto grotesco o ridículo, siendo motivo de burlas y chistes de parte de los demás. La tartamudez puede agravarse en cuando existen situaciones de estrés o darse únicamente en esas condiciones.
- Se distingue de la tartamudez el farfulleo que consiste en habla errática y disrrítmica, con brotes espasmódicos que incluyen formas incorrectas de construcción de frases como alteraciones de pausas y explosiones del habla dando lugar a la expresión de palabras sin relación con la estructura gramatical. No se dan, como en la tartamudez, repeticiones o indecisiones.
  (CIE-10).

Los trastornos de la comprensión, también llamados sordera verbal, afasia del desarrollo o de Wernicke, son los más graves de los problemas del desarrollo del lenguaje y generalmente se acompañan de anormalidades de la expresión y pronunciación cuando los niños afectados empiezan a hablar. El no comprender las señales verbales de las demás personas puede afectar de modo importante el desarrollo, no solamente lingüístico, sino también el cognoscitivo y social. Desde muy temprano, los familiares se percatan de que el niño no es capaz de comprender órdenes sencillas y parecen distraídos o alejados, lo que puede confundirse con un síndrome de autismo o retardo mental.

La afasia adquirida o síndrome de Landau-Kleffner es una pérdida de las habilidades lingüísticas adquiridas acompañada de alteraciones electroencefalográficas y convulsiones epilépticas. Suele iniciarse de manera aguda en los primeros años de la vida, especialmente entre los 3 y 7 años. La capacidad de comprensión y expresión del lenguaje se ven afectadas en intensidad variable que va desde estados profundos de afasia hasta deficiencias leves de la fluidez verbal. Una tercera parte puede lograr una recuperación total y dos terceras partes quedan afectados en forma más o menos grave. Entre el inicio de las convulsiones y el deterioro del lenguaje puede darse un período de varios meses.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de los trastornos del lenguaje requiere como condiciones:

- Que no exista un retardo mental (C.I. por debajo de 70).
- Que no se trate de variaciones de la normalidad(tomando en cuenta le edad y que esté dos desviaciones estándar más allá de lo normal).
- Que no se deban a lesiones neurológicas o motoras(con excepción del síndrome de Landau-Kleffner en el que se sospecha un proceso inflamatorio encefálico). En el caso de alteraciones anatómicas de los órganos de la fonación que producen trastornos de la articulación de lenguaje o disartrias hay que distinguirlos de las dislalias.
- Que no se deban a sordera o hipoacusia importante.
- Trastornos anatómicos o funcionales de los órganos de la fonación. 6. Que la causa primaria no sean trastornos emocionales.
- Que no sean parte de un síndrome de autismo infantil, de Rett o de demencia infantil. Los niños con problemas de comprensión del lenguaje, a menos que cursen con un retardo mental importante o sordera grave, no presentan los síntomas de alejamiento social y afectivo de los niños con trastorno generalizado del desarrollo como los mencionados y desarrollan un lenguaje interior que les permite mantener una comunicación gestual y a través de la mirada.

Consecuencias

Los niños que no pueden comprender el lenguaje están propensos a:

- Desarrollo cognoscitivo lento.
- Trastornos del aprendizaje escolar.
- Trastornos en la relación social por su limitación para entender las demandas de los demás, hacer juicios y actuar en consecuencia. Esto trae como consecuencia que parezcan niños desobedientes, retardados, autistas o con déficit de la atención.
- Otras consecuencias pueden ser baja tolerancia a las frustraciones, crisis de ira o explosivas por no darse a entender, situaciones de miedo y ansiedad y rechazo de parte de los niños de su edad.

Cuando la capacidad de comprensión está conservada pero hay alteraciones de la expresión o funcionales del habla la situación es menos grave pero se asocia no pocas veces con dificultades para el aprendizaje de la lectura y la escritura, la comunicación social, inhibición para hablar en público, mutismo selectivo y ansiedad (más frecuente en la tartamudez).

Tratamiento

El tratamiento en los tres o cuatro primeros años de la vida consiste más que todo en programas de estimulación del lenguaje por especialistas en estimulación temprana o terapeutas del lenguaje, con orientación a los padres para que complemente el trabajo de estimulación en la casa. Posteriormente, si persisten deficiencias en el lenguaje o el habla, se procederá a un plan de terapia logopédica según la modalidad del problema y la edad del paciente. Estas terapias pueden ser individuales o en grupos pequeños. Por otro lado, si existen secuelas emocionales deben aplicarse tratamientos

psicoterápicos, también según la edad del paciente y el tipo de problema psicológico derivado. En casos de tartamudez y espasmofemia tienen también cabida las técnicas de relajación y de modificación de conducta.

F. TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Síntomas y diagnóstico.

También se la llama dispraxia del desarrollo (Gr. dys=dificultad + praxis=acción). Se caracteriza por la aparición en las primeras etapas del desarrollo de dificultad para la coordinación de los movimientos finos o amplios (motricidad fina y gruesa). Algunas veces hay torpeza para los movimientos finos y no para los gruesos o viceversa, aunque lo más común es que ambas deficiencias coexistan en mayor o menor grado. Los niños afectados a menudo exhiben también problemas de lenguaje o de aprendizaje, así como otros síntomas o signos neurológicos inespecíficos o "blandos" como aumento o disminución de reflejos tendinosos. Existen incapacidades más o menos marcadas para realizar adecuadamente ejercicios físicos, hacer deportes, dibujos, trabajos manuales o tocar instrumentos musicales. Cuando hay torpeza motora fina puede haber también problemas para abotonarse la ropa, hacer el lazo de los zapatos, recortar con tijeras, agarrar en forma adecuada el lápiz o la pluma para escribir y letra ilegible. Los niños hiperactivos presentan muchas veces trastornos motrices como parte de su inmadurez neurobiológica. Condiciones para su diagnóstico son:

- Inteligencia normal.
- Ausencia de patologías neurológicas o musculares.
- Ausencia de patologías psiquiátricas que cursen con alteraciones de la motilidad.
- Que no sea causada por ingestión de sustancias que afecten la coordinación motora.

Los trastornos de la motricidad impiden a los niños que los padecen el poder integrarse a grupos de su edad a través de actividades como las deportivas, el baile, las bandas musicales y otras en las que las habilidades motrices son importantes para el buen desempeño. Esto a su vez, trae cierto grado de aislamiento social y falta de popularidad entre los niños o jóvenes del mismo grupo de edad. La baja autoestima también es consecuencia frecuente de la discapacidad motriz como se puede comprender por la antes dicho en relación a lo social.

Para establecer el diagnóstico, además de la historia del desarrollo del niño y su observación directa al realizar actividades en las que se involucra la motricidad, se utilizan pruebas específicas estandarizadas y estructuradas según edades.

Tratamiento

- Estimulación temprana en niños de poca edad.
- Terapias de motricidad o estimulación psicomotora que utiliza una serie de ejercicios rítmicos programados tanto para mejorar la motricidad gruesa como fina.

- Apoyo psicológico para reducir o eliminar la baja autoestima y otras trastornos emocionales que puedan aparecer.
- Asesoramiento a padres y maestros para que puedan ayudar al niño a superar sus discapacidades motoras, sociales y emocionales en casa y escuela.
- Tratamiento psicopedagógico si hay además trastornos del aprendizaje.
- Tratamiento con estimulantes como el metilfenidato si hay trastornos de hiperactividad y de la atención.

G. TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Síntomas y diagnóstico.

No se incluye aquí los problemas del desarrollo sexual debido a patologías endocrinológicas o de los órganos sexuales como el hermafroditismo o el seudohermafroditismo. Nos referimos exclusivamente a niños que sin tener ninguna anormalidad física relacionadas con el desarrollo sexual, no se sienten a gusto con su sexo, lo que se denomina trastorno de la identificación sexual en la niñez (TIS). Aunque afecta a más varones que niñas, se pueden dar en ambos. Síntomas propios de este trastorno son: mayor atracción por juegos más característicos del sexo puesto; interés por parecerse más a los compañeros o compañeras del otro sexo; más inversión de tiempo en compañía de niñas en caso de los varones y viceversa; ausencia de identificación con el padre y sí con la madre en los niños; rechazo de la vestimenta femenina en las niñas; imitación de conductas femeninas al gesticular, bailar, cantar y hablar en los niños; desinterés o alejamiento de los actividades que consideran rudas en los varones y al revés en las niñas.

En la adolescencia y vida adulta, las personas que han tenido un trastorno de la identidad sexual en la infancia pueden querer un cambio de sexo y llevar una vida totalmente asimilada al sexo opuesto. Se trata de una situación ego-sintónica, es decir, en concordancia con los deseos de la persona y requiere que durante los años de la niñez se de una alteración profunda del sentimiento normal de masculinidad o feminidad.

Diagnóstico diferencial

Se debe hacer el diagnóstico diferencial con:

- Trastornos de la maduración sexual en la que existe una confusión sobre la propia orientación sexual que produce ansiedad en el adolescente.
- Orientación sexual ego distónica en la que no se siente bien con su inclinación sexual y desea cambiar.
- Masculinización o feminización de conductas en niñas o niños respectivamente sin que haya en un deseo de ser del sexo opuesto.

Etiopatogenia

No conocemos en la actualidad que pueda causar que algunos niños o niñas muestren preferencia por ser del sexo opuesto desde edades tempranas de la vida, pero se sospecha que puede haber un defecto en el proceso de diferenciación sexual

del cerebro en las etapas de su formación y organización, lo cual a su vez podría relacionarse con una falta de respuesta a la testosterona fetal en el caso de los niños. No se descarta tampoco la posibilidad de una alteración genética ya que se han dado casos de niños gemelos con este trastorno. La influencia del ambiente puede jugar también un rol de importancia, pero creemos que más bien reforzando las tendencias hacia el comportamiento propio del sexo opuesto que siendo la causa primaria. Se pensaba antes que la combinación de una madre muy sobre protectora e inductora de actitudes femeninas en el niño varón con un padre alejado afectivamente, estricto y rudo o "machista", era una situación propicia para la emergencia de este tipo de trastorno. No obstante, esto parece ser más un estereotipo que una realidad frecuente.

Consecuencias

- Conflictos con los padres que llevan a deterioro de la relación, especialmente entre los padres e hijos varones, lo cual puede a su vez, provocar el alejamiento precoz del hogar por parte del adolescente con TIS.
- Situaciones humillantes y maltrato de parte de los demás niños, especialmente contra los varones con TIS.
- Baja autoestima o estados depresivos por los trastornos en las relaciones familiares y sociales.
- Homosexualidad en la adolescencia o vida adulta. La gran mayoría de estos pacientes terminan en este tipo de vida.

Tratamiento

En los primeros años de la vida, cuando el niño o niña están empezando a mostrar estas conductas e inclinaciones, se debe establecer en acuerdo con padres y docentes, un programa de reforzamiento de conductas y modos de pensar más apropiados al propio sexo, a la vez que se trata de reducir el tiempo que el niño pasa en compañía exclusiva de niños del sexo contrario. Se debe además, trabajar con los padres para que eviten generar situaciones de conflicto creándole al paciente sentimientos de culpa o deseos de alejarse de la figura paterna o materna según sea el caso(niños o niñas), y aprendan a corregir las actitudes y comportamientos del niño que sean inapropiados a su sexo. Igualmente, los docentes deben ayudar al niño a integrarse a grupos de su mismo sexo y controlar las actitudes burlonas y de rechazo por parte de los compañeros.

Cuando el niño alcanza un grado de desarrollo cognoscitivo y de lenguaje en el que es capaz de expresar verbalmente sus sentimientos y pensamientos, se debe iniciar un proceso de psicoterapia para ayudarlo a entender lo que le está sucediendo y a afrontar los problemas derivados en forma más adecuada. Si el niño insiste en que desea ser del sexo opuesto, no es conveniente presionarlo para que cambie de idea, pero sí demostrarle apoyo emocional y brindarle ayuda para cambiar si desea intentarlo.

La decisión de un cambio físico de sexo no debe plantearse hasta que el individuo alcanza la mayoría de edad y pueda tomarla por sí mismo después de haber sido bien orientado psicológica y médicamente.

Capítulo 20

LOS TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES PSICOFISIOLÓGICAS

A. LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

❖ La anorexia nerviosa

Síntomas y diagnóstico diferencial

El término anorexia deriva del griego y significa pérdida de apetito. Sin embargo, la anorexia nerviosa es una patología mental que no se caracteriza precisamente por pérdida de las ganas de comer, sino por una actitud resistente y negativa persistente a ingerir alimentos. No obstante este es el término que se ha venido utilizando en todos los textos de psicopatología y sistemas de clasificación nosológica.

La anorexia nerviosa consiste en una enfermedad en la cual la persona afectada reduce al máximo la ingestión de alimentos o hace uso de métodos como el vómito auto provocado, los laxantes, los diuréticos o ejercicios físicos extenuantes con la finalidad de no engordar. Se da con mayor frecuencia en mujeres desde la pubertad hasta jóvenes adultas quienes tienen como hallazgo común una distorsión de su imagen corporal. Esta manera distorsionada las hace verse siempre gordas aunque en realidad estén muy por debajo de los límites del peso que por edad y talla les corresponde. Estas pacientes suelen imponerse dietas muy rigurosas sin la supervisión de profesionales y una vez que entran en conflicto con las personas con quienes conviven, padres y otros familiares, recurren a artimañas como esconder la comida (muchas veces en lugares inapropiados como debajo de la cama, en un armario, etc.), echarla a la basura o a la taza del servicio, dársela a los animales domésticos o vomitarla. Estas conductas se acompañan de una actividad física exagerada para perder peso y otras estrategias para adelgazar. Una característica de la anoréxica es su insistente negación de la enfermedad, o en todo caso, su justificación. Aunque se vean en un hospital con venoclisis y sondas nasogástricas, o se encuentren en estado caquéctico, siguen pensando y actuando como su estuvieran pasadas de peso.

Síntomas habituales de la anorexia nerviosa son:

- Pérdida de peso importante (índice de masa corporal o de Quetelet (peso en kg/altura en metros al cuadrado) menor de 17,5.
- Amenorrea o ausencia de menstruación en las mujeres y pérdida de la libido e impotencia sexual en varones debido a un trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal.
- Retraso o detención de la pubertad en caso de presentarse los síntomas antes de esta etapa de la vida.
- Otras alteraciones endocrinológicas como hipoglicemia y elevación de la hormona de crecimiento.
- Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas como aumento del colesterol sérico, hipoproteinemia, hipercarotinemia, osteoporosis, disminución del calcio, el fósforo, el magnesio y el cinc séricos e hipotermia.
- Trastornos dermatológicos: caída del cabello, piel reseca, aparición de lanugo.

- Disminución de las diferentes células sanguíneas como eritrocitos, leucocitos y plaquetas.
- Hipotensión, bradicardia, arritmia y prolongación del segmento QT en el electrocardiograma.
- Alteraciones de la motilidad intestinal con estreñimiento o colon irritable.
- Inflamación de glándulas parótidas.
- Debilidad muscular.
- Hiperactividad.
- Rasgos obsesivo-compulsivos.
- Síntomas depresivos.
- Irritabilidad.

Estos síntomas van apareciendo a medida que la enfermedad progresa aunque algunos como la amenorrea pueden surgir desde etapas tempranas. La anorexia nerviosa es una enfermedad que se inicia en forma insidiosa y se va a gravando progresivamente pudiendo llegar a estados de desnutrición y deshidratación muy graves. De hecho, la mortalidad de pacientes anoréxicas está entre un 8 y un 10% incluso con tratamientos.

En estas pacientes lo que se inicia como una obsesión por el logro de un cuerpo esbelto y perfecto, termina en un camino hacia la aniquilación total. Según algunas de ellas, la anoréxica perfecta es la que llega a la supresión total del cuerpo y por lo tanto, la muerte.

Muchos investigadores, tanto médicos como psicólogos y sociólogos, opinan que los medios de comunicación influyen poderosamente en la incidencia de casos de anorexia, especialmente en los países desarrollados, con la propagación de un ideal de corporalidad femenina cada vez más magra. Las adolescentes y mujeres jóvenes desean obtener figuras muy estilizadas como las de las modelos de pasarela y de revistas.

Para que se inicie un proceso patológico de esta índole influye en otras ocasiones el que los padres, los hermanos o alguna amiga de la adolescente le hagan comentarios como: “estás algo pasada de peso”, “no te va a quedar la ropa nueva”, “si sigues engordando no conseguirás novio”, etc.

La literatura médica actual divide la anorexia nerviosa en dos subtipos:

- El restrictivo: en el que el comportamiento de la persona afectada está basado exclusivamente en la restricción de la ingesta de alimentos.

- El bulímico: a la restricción de las ingesta se añaden episodios de bulimia o eliminación de lo ingerido.

En el estudio de la paciente anoréxica o en las que se sospecha esta enfermedad debe incluirse una valoración completa del estado nutricional, exámenes cardiológico, neurológico, de función hepática y renal, así como de los hábitos alimentarios, de la dinámica familiar y de los antecedentes psicológicos y psicopatológicos de la paciente.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial se deben considerar:

- Enfermedades físicas que pueden cursar con pérdida importante de peso: tumores cerebrales, linfomas, cáncer de vías digestivas, síndrome de mala absorción.
- Alteraciones endocrinológicas que cursan con amenorrea.
- Las depresiones que conducen a pérdida de apetito y alteraciones menstruales.
- Los trastornos obsesivo-compulsivos que afectan la conducta de alimentación.
- Cuadros clínicos psicóticos delirantes que afectan la ingesta de alimentos con la consecuente pérdida de peso.
- Fobia a ciertos alimentos o a la ingestión de alimentos sólidos que pueden también producir delgadez.

Etiopatogenia

La causa de la anorexia nerviosa no ha sido aún establecida de manera clara aunque se han lanzado diferentes hipótesis desde perspectivas biológicas, psicológicas y familiares y culturales.

Factores biológicos

- Se piensa que existe una vulnerabilidad genética en un 50 a 70% que aunada a factores psicológicos precipita la aparición de la enfermedad.
- Una disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal es la base fisiopatológica más señalada en la anorexia nerviosa. Se discute si este trastorno endocrino es de naturaleza primaria o si es más bien el resultado del desequilibrio nutricional y metabólico producto de la restricción alimentaria y de la actividad física excesiva.
- Se ha estudiado el papel que puedan jugar factores como los neurolépticos Y, la hormona de liberación de corticotropina y un agente neuroquímico denominado leptina producido por los adipocitos y que se relaciona con el control del peso corporal actuando a nivel hipotalámico. Sin embargo, las conclusiones a las que se ha llegado es que estas alteraciones neuroquímicas son secundarias a la desnutrición y no la causa de la anorexia.
- Los estudios genéticos intentan localizar genes responsables de alteraciones neuroquímicas relacionadas con la aparición de la anorexia y la bulita, especialmente los que codifican el transporte y receptores de neurotransmisores como la serotonina y neuropéptidos pero por el momento no hay hallazgos concluyentes en este sentido.
- Por medio de la técnica de tomografía por emisión de positrones con radioligandos selectivos para neurotransmisores se ha confirmado que hay alteraciones en las vías serotoninérgicas que continúan por tiempo prolongado después de la recuperación de la paciente y que pueden ser responsables de ciertos rasgos como el incremento de la ansiedad, trastornos del control de impulsos y mayor vulnerabilidad para los problemas de la alimentación.

Factores psicológicos

- Rechazo de los deseos e impulsos sexuales lo que lleva al rechazo del cuerpo.

- Trastornos tempranos en la relación madre-hija como responsables de una deficiencia en la maduración del yo y por tanto incapacidad para afrontar las demandas de la vida adulta, especialmente en relación a lo sexual.
- Alteraciones cognitivas en el sentido de una distorsión de la imagen corporal que adquiere características delirantes.
- Rechazo o fobia a la gordura no necesariamente relacionada con aspectos sexuales.

Factores familiares

- Patrones anormales de dinámica familiar caracterizados ya sea por madres dominantes, rigidez en la crianza y formas de comunicación, o sobreprotección parental.
- Familias en las que se dan criterios muy rígidos en relación a la alimentación y el peso corporal: madres que imponen a sus hijas un estilo de vida muy estricto con el fin de evitar que se engorden o deformen. Suelen ser madres obsesionadas con el éxito social de sus hijas.
- Familias en conflicto constante y donde la aparición de la anorexia u otro trastorno de la alimentación puede servir como medio de neutralizar las tensiones desviando la atención hacia la paciente.

Factores culturales

- La hipótesis cultural más aceptada es, como ya se mencionó más arriba, la de la idealización de la figura femenina delgada y su rol en el éxito social y profesional de la mujer.

Comorbilidad

Patologías que pueden darse simultáneamente en las personas con anorexia nerviosa son:

- Síndromes depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Fobia social y otras fobias.
- Trastornos de personalidad (obsesivo-compulsiva, histriónica, límite).
- Trastornos psicóticos (menos frecuentemente).

Evolución y pronóstico

En algunas pacientes solamente se da la anorexia nerviosa en una sola ocasión que puede durar más de uno o dos años, en otras se dan varias recidivas, y finalmente, en algunas pacientes se puede tornar crónica en el sentido de que nunca se recuperan del todo. Se han publicado estadísticas que revelan que aproximadamente la mitad de las pacientes se curan totalmente y la otra mitad queda con síntomas residuales (alimentarios, menstruales o emocionales) de mayor o menor intensidad. Estudios

recientes han demostrado que se producen alteraciones en algunas regiones cerebrales como el lóbulo temporal que persisten incluso después de haber logrado la restitución del peso corporal.

La consecuencia más grave es por supuesto la muerte debido a las graves afectaciones orgánicas (infecciosas, cardiacas, renales, caquexia) o por suicidio. La gravedad de la desnutrición, la resistencia a los tratamientos y la patología mental y familiar asociada son factores de peor pronóstico. La pancreatitis también ocurre con cierta frecuencia en estas pacientes.

Tratamiento

El tratamiento de la paciente anoréxica exige mucha dedicación y esfuerzo debido a sus actitudes de negación y engaño que hacen que sea un proceso lento y frustrante en muchos casos. Otros factores que complican el tratamiento son las presiones de la familia y la existencia de otros síntomas psicopatológicos.

Los casos de intensidad leve a moderada pueden ser manejados ambulatoriamente, no así los de mayor intensidad que requiere internamiento hospitalario para salvar la vida de la enferma. El tratamiento intrahospitalario que en una primera etapa puede ser completo, se continúa con una etapa de hospitalización parcial diurna u hospital de día.

Los fines generales del proceso terapéutico son:

- Lograr la cooperación de la enferma y la toma de conciencia por parte de ella de que sufre un deterioro de su salud que la puede llevar a la muerte.
- Detener la pérdida de peso y recuperar el perdido.
- Corregir las alteraciones nutricionales, metabólicas y electrolíticas que se hayan podido producir.
- Tratar complicaciones médicas más graves que hayan surgido como consecuencia de la desnutrición.
- Corregir los pensamientos distorsionados que tienen estas pacientes sobre su corporalidad, sobre la alimentación y acerca de sus conductas y emociones.
- Tratar otros síntomas de patologías mentales comórbidas o que hayan podido aparecer secundariamente a la anorexia.
- Actuar sobre el medio familiar brindando orientación en relación sobre las actitudes que deben adoptarse frente al problema y modificar las situaciones de conflicto que existan y que puedan estar influyendo negativamente en la evolución de la paciente.
- Reintegrar a la paciente a su vida escolar y social de manera satisfactoria.
- Establecer medidas de prevención de recaídas-

Mientras más temprano en la evolución de la anorexia se inicie el tratamiento más posibilidades existen de recuperación, lo que no siempre se logra hacer ya que se inicia de forma insidiosa y los familiares generalmente no la sospechan hasta no que no se da ya un cierto grado de adelgazamiento.

Los tipos de tratamiento que en la actualidad se tienden a practicar más son:

- La psicoterapia cognitiva-conductual

- Las terapias de grupo

- Las terapias de familia

- Los fármacos: no existe ninguno que sea específico o que cure la anorexia nerviosa. No obstante se administran para tratar los síntomas o síndromes psicopatológicos acompañantes como la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad, los trastornos del sueño o la irritabilidad. Medicamentos como los antipsicóticos atípicos pueden ayudar a mejorar las formas de pensamiento casi delirantes de estas pacientes y de manera secundaria a ganar algo de peso. Sin embargo, si las pacientes se percatan de este efecto de los fármacos, tenderán a rechazarlos o a simular que los toman cuando en realidad los esconden en la boca para desecharlos después. Una combinación muy utilizada en décadas pasadas era la de un tranquilizante mayor o antipsicótico no incisivo como la clorpromazina con un antidepresivo tricíclico como la amitriptlina. Los inhibidores específicos de la recaptura de serotonina y los nuevos antipsicóticos (olanzapina, risperidona) los han reemplazado hoy día. Entre los primeros, la fluoxetina es la que más se ha estudiado dando resultados no definitivos y discutibles. Uno de sus efectos que puede ser perjudicial en una primera fase es la pérdida de peso, lo que puede resultar de utilidad en una etapa posterior cuando las pacientes han logrado alcanzar un mejor estatus ponderal.

- El internamiento en centros especializados en anorexia y bulimia nerviosas y donde todo el personal está entrenado para desarrollar programas de tipo conductual tendientes a lograr los fines terapéuticos antes señalados, y donde los médicos y psicólogos responsables de las pacientes aplican terapias cognitivo-conductuales dentro de un marco de calidez, flexibilidad y compromisos con las pacientes para el logro de las metas.

En el equipo de tratamiento tienen que estar integrados además de los profesionales de la salud mental con experiencia en trastornos de la conducta alimentaria, terapeutas familiares, trabajadores sociales, especialistas en medicina interna y en nutrición.

❖ **La bulimia nerviosa** (Gr. boús = buey; limós = hambre).

<u>Síntomas y diagnóstico.</u>

Como el nombre de esta patología lo indica, se trata de la ocurrencia de episodios de ingesta irresistible y voraz de comida, que posteriormente la persona intenta eliminar por medio del vómito o laxantes, para evitar engordar. Suelen haber también períodos de anorexia voluntaria o provocada por medicamentos supresores del apetito alternados con ciclos de polifagia. Igual que en la anorexia nerviosa, es más común en mujeres desde la pubertad en adelante y tiene como base un intenso temor a subir de peso. Con frecuencia, la paciente bulímica ha presentado anteriormente episodios de anorexia nerviosa pudiendo pasar meses o años antes de aparecer la conducta bulímica. En otros casos, como ya se mencionó, esta conducta puede insertarse en un

cuadro clínico de anorexia (subtipo bulímico). Puede darse también una secuencia inversa: que la bulimia anteceda a la anorexia.

Aunque la bulímica también desea mantener su peso en niveles que están por debajo del que le corresponde, no suele presentar la delgadez de la anoréxica, lo que evita que los familiares sospechen que algo está sucediendo con la conducta alimentaria. Después de los atracones de comida se esconden en el baño para vomitar en la taza del servicio metiéndose los dedos en la garganta lo que con el tiempo produce callosidades en el dorso de la mano o de los dedos (Signo de Russell).

La CIE-10 da como pautas de diagnóstico que existan todas las alteraciones indicadas: los episodios de polifagia, el intento de contrarrestar el aumento de peso por los métodos mencionados y el miedo a engordar.

Diagnóstico diferencial

- Trastornos del tracto digestivo superior que pueden ocasionar vómitos.
- Trastornos disociativos e hipocondría.
- Trastornos depresivos.
- Consumo prolongado de medicamentos que pueden provocar vómitos.
- Otras enfermedades neurológicas, hepáticas y sistémicas que pueden producir vómitos.

La etiopatogenia, la comorbilidad, el tratamiento y las complicaciones médicas son muy parecidas a las que se presentan en la anorexia. En relación a estas últimas, hay que añadir la inflamación y erosión del esófago, y la descalcificación de la dentadura. Por otra parte, en la bulimia es mayor la posibilidad de recuperación y menor la incidencia de muerte que en la anorexia nerviosa, lo que no quiere decir, por supuesto, que no haya consecuencias fatales debido a las complicaciones médicas.

En relación al tratamiento también sigue los lineamientos establecidos para la anorexia nerviosa, excepto porque en la bulimia los antidepresivos como la fluoxetina y otros similares parecen dar mejores resultados, sobre todo en etapas iniciales de la enfermedad. La dosis de la fluoxetina oscila entre 20 y 80 mg/día. Consideramos que el tratamiento con esto fármacos tanto en la bulimia como en la anorexia deben prolongarse por un mínimo de un año después de controlada la enfermedad.

❖ Otros trastornos de la conducta alimentaria en la niñez

Pica (pica = urraca).

Se trata de un trastorno caracterizado por la ingestión de materias no comestibles y potencialmente dañinas para el organismo humano como tierra, piedras, pedazos de tela o de madera, basura, pelo o excretas humanas y animales. Es más común en niños que padecen grados de retardo mental graves o profundos, pero también puede darse en otros que no lo presentan y que habitan áreas en condiciones de poca higiene y de crianza descuidada. También se ha descrito en mujeres adolescentes y jóvenes embarazadas que viven en ambientes de pobreza. En algunos casos se ha relacionado con la deficiencia de hierro aunque no está del todo demostrado. Puede darse como un fenómeno aislado o formar parte de un trastorno psicopatológico de fondo como el autismo y la esquizofrenia.

No basta que el comer estas cosas se de en una o dos ocasiones ya que muchos niños normales pequeños lo hacen alguna vez en su vida, teniendo que darse de una manera más persistente para que podamos decir que se trata de pica.

El tratamiento consiste en mejorar las condiciones de vida y de crianza además de cualquier complicación médica que se de cómo producto de esta conducta (intoxicación por plomo, avitaminosis, desnutrición, trastornos gastrointestinales o respiratorias por paso de sustancias extrañas al árbol bronquial.

Rumiación

Consiste en la devolución de los alimentos desde el estómago a la boca donde son masticados nuevamente durante un tiempo más o menos largo, lo que es propio de los animales rumiantes. Es una conducta más propia de niños lactantes en condiciones de abandono afectivo o que no logran una relación emocional satisfactoria con la madre. Al parecer, esta conducta de rumiar los alimentos produce al niño la gratificación mediante un mecanismo de refuerzo positivo en vez de la que debe obtener de su cuidadora. Se asocia con frecuencia a estados de nutrición deficiente y en niños con dificultad para medrar. No se sabe a ciencia cierta si estos niños tienen una cierta predisposición biológica a nivel del estómago y cardias para la regurgitación siendo los factores psicológicos y ambientales situaciones asociadas.

Alimentación selectiva

En las consultas de Psiquiatría para niños es bastante frecuente la atención de niños referidos por los pediatras debido a que tienen hábitos de alimentación deficientes. En algunos casos se trata de niños que solamente quieren tomar líquidos y nada de alimentos sólidos por pequeños que sean, y en otros, de niños que restringen su alimentación a pocas comidas y no siempre muy saludables, como los alimentos llamados popularmente “chatarra” de los restaurantes de comida rápida. Hemos conocido pacientes que solamente aceptan comer pizzas de un determinado establecimiento y en eso basan casi el 50% de su alimentación. Y como es también muy común, aquellos que rechazan totalmente los vegetales o los productos lácteos o las carnes.

Cuando no existe un fondo de neuroticismo (fobias, obsesiones) en estos pacientes, puede ser entonces que esta conducta alimentaria caprichosa se deba a malos hábitos establecidos desde muy temprano y que los padres o cuidadores no supieron corregir y más bien patrocinaron.

Las complicaciones principales de este tipo de conducta alimentaria son o la obesidad o la desnutrición que por lo general no suele pasar de un segundo grado.

El tratamiento se basa en la orientación a la familia para:

- Disminuir la ansiedad que muchas veces invade a los adultos en relación con la alimentación de los hijos con estar características.
- Que no se utilicen castigos de ningún tipo contra el niño para forzarlo a comer como los padres desean.
- No haya manipulación de parte del niño para que le estén comprando comida en restaurantes cuando no quiere la que se hace en casa.
- Que sepan como ir normalizando progresivamente la alimentación del paciente.

Con el niño también se debe trabajar de acuerdo a su edad y capacidad de razonamiento. En los escolares y adolescentes funciona bien la psicoterapia cognitiva y la modificación de conducta, y en los más pequeños esta última.

B. TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO

Los trastornos no orgánicos del sueño se dividen en dos tipos:

I. Disomnias: insomnio e hipersomnio.
II. Parasomnias: pesadillas, pavor nocturno, sonambulismo.

❖ Las disomnias

Síntomas y diagnóstico.

- El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño nocturno y permanecer dormido. Es uno de los trastornos del sueño que origina más consultas médicas en el área pediátrica. La incapacidad para lograr el sueño puede ser inicial, cuando el niño va a la cama en la noche, o puede ser que se de a medianoche cuando el sueño se interrumpe y resulta difícil volver a él. Esta última variante puede darse varias veces en la noche haciendo el paciente períodos muy cortos de sueño. Aunque la cantidad de sueño que una persona necesita para un buen descanso nocturno es variable, en los niños y adolescentes es aconsejable que se establezca un tiempo de sueño nocturno que no debe ser menor de 6 a 7 horas.

- Por otro lado, el insomnio puede ocurrir en períodos cortos de tiempo y posteriormente desaparecer o hacerse crónico.

- El hipersomnio es un estado de excesiva somnolencia y de ataques de sueño diurno no debidos a insomnio nocturno ni a causas de carácter orgánico. Tampoco se incluye aquí la somnolencia producida por fármacos u otras sustancias. Es un fenómeno menos frecuente que el insomnio en la edad pediátrica. El hipersomnio ocurre por varias semanas y reaparecer después de un tiempo por períodos de igual o menor duración.

Diagnóstico diferencial

- El insomnio y el hipersomnio psicógeno debe diferenciarse del causado por medicamentos, drogas, enfermedades del aparato respiratorio y neurológicas, alergias, problemas alimentarios, bebidas con cafeína (café, gaseosas), excesivo calor o frío o ruidos en el ambiente.

- El hipersomnio psicógeno debe diferenciarse además de la narcolepsia, y la apnea del sueño. En la primera se suelen presentar alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño y cataplejía. Se trata de crisis de sueño diurno que el paciente no puede resistir a diferencia del hipersomnio psicógeno sobre el cual aquél si puede tener cierto control.

- En la apnea del sueño se dan otros síntomas durante el sueño nocturno como los ronquidos, inquietud y sudoración, siendo además más frecuentes en pacientes que padecen obesidad con dificultades de respiración.

- Causas frecuentes no psicógenas de tendencia al sueño diurno es la hipoglicemia y la desnutrición.

Etiología

El insomnio no orgánico, es decir, el no producido por medicamentos y otras enfermedades o disfunciones no psicopatológicas, es por lo general consecuencia de situaciones de tensión mental, pudiendo ser el síntoma predominante o casi único, o darse dentro de un cuadro de síntomas de depresión, estados de ansiedad, manía o hipomanía, psicosis agudas y crónicas, síndrome de estrés agudo o postraumático, temores nocturnos y trastorno de pánico. Una relación madre-hijo tensa como suele suceder con madres ansiosas, deprimidas o con otras patologías mentales, también puede ser la causa de insomnio o sueño insatisfactorio durante la lactancia.

En niños y adolescentes otras causas de insomnio son la costumbre de irse a la cama en horas avanzadas de la noche por estar viendo televisión, utilizando la computadora, escuchando música, jugando o haciendo vida nocturna con los adultos en la casa o fuera de ellas. Esto último se da especialmente en adolescentes que acostumbran a salir y trasnochar frecuentemente. En otros casos, el hábito de dormir largas siestas puede impedir que el niño duerma a horas más adecuadas en la noche. En los niños y jóvenes que se durante varios meses han estado llevando estos estilos de vida llega a instaurarse un verdadero insomnio por afectación del ciclo sueño-vigilia.

El hipersomnio se relaciona muchas veces con síndromes depresivos y estados de estrés en los que el sueño excesivo puede representar una especie de huída de la realidad.

Consecuencias

La mala calidad de sueño o la insuficiencia del mismo, así como la somnolencia diurna traen como consecuencia alteraciones en la vida del niño o el adolescente tales como:

- Dificultad para atender en clases y para concentrarse lo que conduce al bajo rendimiento escolar.
- Tardanzas frecuentes en la asistencia a la escuela.
- Castigos de parte de los maestros por dormir en clases o por las tardanzas.
- Hiperactividad.
- Irritabilidad.
- Conflictos con los padres debido a las tres primeras consecuencias antes mencionadas.
- Alteración del ritmo de crecimiento si el sueño insuficiente se hace crónico.

❖ **Las Parasomnias**

Síntomas y diagnóstico

- Las pesadillas son los conocidos malos sueños o sueños con contenido atemorizante que se producen durante la etapa REM. Generalmente, aunque la persona que las experimenta puede gesticular, hablar o quejarse durante el sueño, no suele despertarse confuso o agitado. Las pesadillas pueden recordarse más o menos vívidamente al día siguiente o durante varios días. Los niños tienen pesadillas relacionadas con seres fantásticos (monstruos, duendes, fantasmas, brujas, etc.), animales peligrosos, personajes que los persiguen para hacerles daño o que atacan a sus familiares, ladrones o situaciones de abandono.

- Si las pesadillas se dan con mucha intensidad, el niño puede desarrollar temor a irse a la cama solo, y si se le obliga a hacerlo, tiene dificultad para conciliar el sueño.

- Las crisis de pavor nocturno se dan durante la fase no REM y en el primer tercio del sueño nocturno. Consisten en ataques de miedo con fuerte agitación psicomotora, descargas vegetativas y gritos. Durante estas crisis, que pueden durar varios minutos, el sujeto está dormido aunque esté moviéndose fuera de la cama y con los ojos abiertos, resultando muy difícil controlarlo. El pavor nocturno es un cuadro muy aparatoso que genera mucha ansiedad en los familiares, especialmente cuando no entienden lo que está sucediendo, lo que los hace recurrir a medidas que no son las más apropiadas y complican más la situación. Las diferencias con las pesadillas se basan en las diferentes fase del sueño en que se producen, las crisis de agitación y el hecho de que al día siguiente la persona no recuerda el ataque. En todo caso, las pesadillas nunca llegan a tener la intensidad del pavor o terror nocturno.

- En el sonambulismo las personas se levantan de la cama y estando aún dormidos realizan actos y actividades como si estuvieran despiertos. En ocasiones salen incluso de sus casas y deambulan por las calles. En nuestra experiencia clínica conocimos del caso de una niña de cuatro años en estado de sonambulismo abrió la puerta de su apartamento, bajó a la calle y caminó por varias cuadras hasta que la vieron unos policías que hacían la ronda nocturna. Los sonámbulos suelen regresar a sus camas después de haber deambulado un tiempo, o amanecen dormidos en el suelo u otra parte de la casa como un sofá o la cama de otra persona. Siempre existe el peligro de que puedan lesionarse durante estos episodios de sonambulismo. Igual que en las crisis de pavor nocturno, no hay recuerdo del hecho al día siguiente, el individuo no responde a los estímulos de los demás y se da en el primer tercio del sueño nocturno, lo que ha hecho pensar que ambos trastornos están estrechamente relacionados en sus patogénesis.

Diagnóstico diferencial

Las parasomnias deben distinguirse de otros trastornos del sueño similares producidos por:

- Enfermedades febriles.

- Epilepsia nocturna: se debe pedir una evaluación neurológica que incluya un electroencefalograma.
- Otras enfermedades neurológicas.
- Los estados alucinatorios nocturnos en casos de psicosis tóxicas o esquizofrenia.
- Estados de agitación maníaca.
- Estados disociativos: los estados disociativos suelen presentarse más durante el día en los pacientes pediátricos.

En los últimos tres casos los pacientes no están dormidos aunque estén en ese momento fuera de la realidad.

Etiología

Entre las causas más frecuentes de parasomnias que aquí estamos tratando están:

- Posible predisposición genética-familiar en el sonambulismo y el pavor nocturno.
- Los estados de ansiedad y miedo por problemas familiares (violencia intrafamiliar, separación abrupta de padres, abandono paterno o materno, enfermedades en la familia…)
- Angustia de separación.
- Síndromes de estrés agudo y de estrés postraumático.
- Estados depresivos.
- Miedos nocturnos en los niños por causa reales o irreales.
- Reacciones de ansiedad después de hospitalizaciones, cirugías o accidentes.
- Situaciones amenazantes para la seguridad o la autoestima del niño o adolescente relacionadas con las experiencias sociales o escolares.

Consecuencias

Las parasomnias ocasionan:

- Ansiedad en los familiares.
- Temor en el paciente a quedarse dormido.
- Alteración de la calidad del sueño en el paciente que las padece.
- Peligros potenciales para la integridad física del paciente en casos de sonambulismo o pavor nocturno. En algunos casos, muy raros, algunos sonámbulos han cometido actos lesivos para otras personas estando en ese estado.
- Accidentes de tránsito en adolescentes que padecen hipersomnio.

Tratamiento de los trastornos no orgánicos del sueño

- Tratamiento de los trastornos psicopatológicos que puedan estar ocasionándolos.

- Practicar una adecuada higiene del sueño:

- No utilizar la cama durante las horas del día, excepto los niños menores que deben dormir un corto período al mediodía.
- Acostumbrar a los niños a dormir en sus propias camas y habitaciones (si las tienen) y no con los padres u otros adultos.
- Establecer horarios regulares para el descanso nocturno. No debe estar estudiando, jugando, viendo televisión u ocupado en otras actividades después de la hora establecida para ir a dormir.
- No permitir que el niño se ocupe en actividades muy excitantes al llegar la noche.
- No permitir que vea en la televisión programas que puedan causarle miedo o que se le cuenten historias o cuentos de tal índole cuando se trata de niños muy temerosos y con antecedente de trastornos del sueño por estas razones.
- Mantener en la habitación una temperatura adecuada o mantener al niño con una vestimenta de dormir apropiada a la temperatura ambiente.
- Procurar atenuar los ruidos que puedan perturbar el sueño.
- No permitir que el niño esté ingiriendo comidas después de la cena, excepto un vaso de leche o alguna merienda muy ligera.
- No se debe permitir las bebidas con cafeína o excitantes en horas de la noche o muy avanzada la tarde.
- Es también aconsejable que el niño acostumbre a evacuar u orinar antes de dormirse para estas necesidades no interrumpan su sueño.
- Se debe dormir en una cama, (o cuna en caso de lactantes) que permitan un descanso adecuado y no obliguen al cuerpo a estar en posturas incómodas.

- Medicamentos: solamente se deben dar cuando las medidas antes citadas no mejoran los problemas del sueño y por cortos períodos de tiempo (entre 2 a 8 semanas). Los más utilizados son la imipramina en dosis que varían entre 10 a 75 mg según la edad y la intensidad del problema; el diazepam en dosis de 2.5 a 20 mg también dependiendo de las variables ya citadas; la difenhidramina y la hidroxizina en 12.5-50 mg y 10-25 mg respectivamente. Estos fármacos se administran una hora antes de que el paciente se acueste a dormir. En menores de edad no acostumbramos a utilizar medicamentos específicamente hipnóticos excepto en casos de insomnios que forman parte de un síndrome más grave como una psicosis o un estado de manía. No es aconsejable retirar el medicamento que se utilice de manera súbita sino gradualmente. En casos de hipersomnio resistente a otras medidas no farmacológicas, se puede administrar dosis bajas de un psicoestimulante cuando el niño tiene que asistir a escuela u otras actividades.

C. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS ESFÍNTERES

❖ Enuresis no orgánica

Síntomas y diagnóstico

La enuresis es la emisión involuntaria de orina, ya sea de día o de noche, sin que exista una causa orgánica y en niños mayores de 5 años (de edad cronológica o mental) cuando ya se supone que deben tener un adecuado control del esfínter vesical.

La enuresis puede ser primaria o secundaria. La primaria es cuando el niño no ha logrado nunca el control de la micción por un período mayor de seis meses o un año (según los autores), y la secundaria es aquella que se da después de haber estado sin enuresis por ese período de tiempo. La enuresis secundaria suele presentarse en niños en edad escolar y se relacionan muchas veces con situaciones de estrés emocional o depresión.

Para que se pueda diagnosticar la enuresis es necesaria que esta no sea ocasional sino que se de con regularidad y persistentemente por varios meses. Cuando se acompaña de otros síntomas de alteraciones emocionales como consecuencia de ella, la enuresis constituirá el diagnóstico primario.

El porcentaje de niños con enuresis no orgánica va disminuyendo a medida que se avanza en edad pero en la adolescencia puede haber todavía una proporción de 08 a 1.5% de afectados.

Diagnóstico diferencial

Para diagnosticar la enuresis funcional no orgánica debemos descartar las siguientes situaciones y patologías:

- Enuresis por retención: Especialmente diurna al retener la orina cuando se siente el deseo por estar jugando o viendo televisión. Esto es muy frecuente en niños preescolares y en los que padecen de retardo mental.
- Infecciones de vías urinarias.
- Obstrucción de vías urinarias.
- Vejiga neurogénica.
- Espina bífida.
- Crisis epilépticas.
- Diabetes insípida.
- Diabetes mellitus.
- Parasitosis intestinal.
- Medicamentos: tioridazina, paroxetina, diuréticos.

Consecuencias

El padecer de enuresis, aunque no es un problema grave de salud, puede originar consecuencias negativas importantes en el niño como:

- Baja autoestima.
- Limitación de la vida social ya que tiene temor a pasar la noche en otros lugares que no sea su propia casa.
- Burlas de parte de los hermanos y a veces incluso de los padres.
- Castigos, a veces crueles, de parte de padres ignorantes que piensan que el niño se orina por falta de responsabilidad o por causarles problemas. Estas actitudes son más frecuentes en padres varones. En la historia de la enuresis a través de las épocas se reportan castigos verdaderamente brutales como colocar pinzas en el pene del niño, colocarle sapos en la cara, colgar las sábanas orinadas en la ventana o balcones para que todos los sepan, etc. Y

aunque actualmente hay más información al respecto y los padres consultan más a los profesionales cuando tienen hijos que se orinan de noche, todavía se dan casos de maltrato físico o psicológico de parte de adultos hacia los niños enuréticos.

- Estados depresivos debido a las situaciones antes mencionadas.
- En algunos casos, cuando la orina queda empozada en las ropas del niño durante toda la noche se pueden producir infecciones urinarias especialmente en las niñas.

Etiopatogenia

Los estudios realizados para encontrar las causas de la enuresis primaria muestran hallazgos que en términos generales apuntan hacia un estado de inmadurez general en el desarrollo, ya que muchos enuréticos presentan síntomas como torpeza motora fina y gruesa, leves a moderados retrasos en la adquisición de algunas habilidades, crecimiento linear más lento, retardo de la madurez ósea y tendencia a menor tamaño corporal.

La enuresis es un trastorno heterogéneo en el que se implican factores como: disminución de la capacidad vesical nocturna, la cantidad de orina producida durante el sueño y la incapacidad para despertar ante la señal de una vejiga llena.

En cuanto a la influencia de lo genético, se piensa que es el factor más importante ya que la mayoría de los enuréticos, al menos un 70%, tienen algún familiar cercano que también padeció enuresis. Se cree que en estos casos la herencia es del tipo autosómica dominante con una penetrancia del 90%, siendo un tercio de los casos de aparición esporádica. Regiones cromosómicas que han sido involucradas por los investigadores son la 22q11, 13q13-14 y 12q, aunque probablemente hayan otras.

También se ha involucrado en la enuresis nocturna la apnea obstructiva del sueño. En relación al sueño, también se ha visto que el hay diferencias significativas entre no enuréticos y enuréticos en el sentido de que estos pasan algo más de tiempo en la cama y tienen un número incrementado de ciclos del sueño.

Otros estudios sugieren que puede existir un problema en la regulación renal del potasio, disminución de la excreción de ADH nocturna, una hiperfunción simpática con ritmos circadianos anormales del sistema nerviosos autónomo y mayor frecuencia de zurdera en niños con enuresis no orgánica.

En la enuresis secundaria, aunque existe una vulnerabilidad previa, los factores de índole psicosocial tienen una influencia relevante. La enuresis de este tipo puede aparecer formando parte de un cortejo de síntomas en patologías como el síndrome de estrés postraumático o de estrés agudo, los trastornos de adaptación (ante eventos como el divorcio de los padres, el nacimiento de un hermanito, el ingreso a la escuela y otros), los síndrome depresivos y los estados de ansiedad.

Tratamiento

Para tratar los casos de enuresis debemos seguir el siguiente orden de pasos:

- Orientación a los padres y el niño sobre la naturaleza del problema para eliminar ideas erróneas al respecto y los sentimientos de culpa que pueda tener el paciente.

- Medidas preventivas como adecuar la temperatura de la habitación donde el niño duerme ya que cuando hay frío por aires acondicionados o abanicos suele haber más episodios de enuresis. Regular la ingesta de líquidos después de la cena. Orinar inmediatamente antes de ir a dormir.

- Psicoterapia individual de apoyo y cognitiva con el paciente en caso de que la enuresis se acompañe de baja autoestima, síntomas depresivos u otras alteraciones emocionales.

- Ejercicios vesicales durante el día que consisten en enseñar al niño a contraer y aflojar el esfínter vesical cuando va a orinar. Para este tipo de ejercicios se requiere la colaboración del niño y sus resultados son aún inciertos.

- Métodos de reforzamiento positivo: el niño acostumbra a llevar un registro de las veces que amanece seco o mojado y se establece un programa de refuerzos en base a este registro. El por qué en algunos casos este método funciona siendo la enuresis un trastorno de base biológica, aún no se ha podido explicar con certeza. Estos son métodos que requieren la supervisión constante del especialista en técnicas de modificación de conducta.

- Alarma: consiste en un pequeño aparato que se coloca en la muñeca o el hombro del paciente y va conectado por un cable muy tenue a su ropa interior. Cuando se emiten las primeras gotas de orina, el sensor del cable capta la humedad y hace sonar la alarma. Los padres del niño deben estar pendientes cuando esto sucede para ayudarlo a despertarse e ir al servicio para acabar de orinar. Este es el método más inocuo, el que presenta mayor índice de mejorías (hasta un 75%) y menos frecuencia de recaídas.

- Fármacos: deben ser la última opción en casos de que con las medidas previas no haya mejoría. Se han utilizado los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, los anticolinérgicos y la desmopresina fundamentalmente.

  - La imipramina se administra antes de dormir en dosis que van desde 10 a 75 mg dependiendo de la edad y peso corporal del paciente y por períodos de tiempo suficientes como para producir una desaparición de la enuresis por 2 a 4 semanas. Su eficacia está entre un 50 y un 60% y las recaídas son más frecuentes que con la alarma. Se debe tener precaución en relación a posibles efectos secundarios en el ritmo cardíaco especialmente cuando se pasa de las dosis habituales. Si no hay una mejoría aunque sea relativa después de un par de semanas se puede aumentar progresivamente la dosis de imipramina, pero no tiene utilidad prolongar la administración de este fármaco por más de tres meses si no hay respuestas favorables. Las recaídas reportadas con la imipramina alcanzan niveles altos de 70 a 90%. Se piensa que la imipramina restaura la excreción nocturna de ADH incrementa sus niveles plasmáticos matutinos y causa cambios consistentes en otras variables bioquímicas. Pero su acción más probable es de tipo anticolinérgico que aumenta la capacidad vesical y otra noradrenérgica que

disminuye la excitabilidad de la vejiga. También se ha utilizado, entre los tricíclicos, la amitriptilina, pero en nuestra experiencia produce más efectos indeseables en niños y tiene mayor riesgo de cardiotoxicidad.

- La desmopresina es una hormona peptídica sintética disponible en formas de atomizador nasal, inyectable, oral y en parches cutáneos. Este medicamento parece actuar regulando la actividad vesical actuando sobre las neuronas relacionadas con la micción. No suele tener efectos importantes en el sueño pero retarda el vaciamiento vesical. Se recomienda que los niños tratados con desmopresina no tomen más de 240 ml (8 onzas)de líquidos mientras dure el tratamiento para evitar el riesgo de una intoxicación hídrica. Su eficacia en el control de la enuresis oscila entre 19 y 70%. La desmopresina se utiliza más frecuentemente en forma intranasal y en parches. La dosis habitual de la aplicación intranasal varía entre 10 y 40 microgramos. Los parches que liberan la hormona a través de la piel son bien tolerados y constituyen una vía eficaz y segura de administración. Sus efectos secundarios más comunes son dolores de cabeza, abdominales y molestias nasales. Se han reportado casos de hiponatremia por lo que es conveniente vigilar periódicamente los niveles de electrolíticos séricos.

- La oxybutinina es un fármaco anticolinérgico que tiene efecto antiespasmódico y de relajación del músculo liso, así como la disminución de la capacidad de contracción vesical. Sus dosis en niños enuréticos es de 5 a 10 mg a la hora de dormir. Sus efectos secundarios suelen ser boca seca, enrojecimiento, cansancio y constipación.

El tratamiento combinado de la alarma con imipramina o desmopresina, o con métodos de modificación de conducta da mejores resultados en niños resistentes a la monoterapia

- Otros tratamientos. Además de los mencionados, también se han estado practicando con resultados prometedores pero no definitivos métodos como la hipnosis, la acupuntura con agujas o con láser, la acupresión y la tracción pélvica. Este último método se basa en que existe una desproporción en el crecimiento entre la columna vertebral y el tubo neural en la etapa prepuberal y que la elongación normal de la primera durante el sueño podría estirar el filum terminal y las raíces nerviosas lo que contribuiría a la enuresis nocturna. La tracción pélvica induce un estiramiento igual o algo mayor mientras el paciente está despierto y en capacidad de controlar la vejiga. Los resultados que algunos investigadores han obtenido con este método varía entre 20 y 80% hasta tres meses después de las sesiones de tracción. Los que patrocinan este método alegan que es seguro, eficaz, económico y simple especialmente para la enuresis primaria monosintomática.

❖ Encopresis no orgánica

Síntomas y diagnóstico.

Se entiende por encopresis la emisión voluntaria o involuntaria de heces en lugares inapropiados o sobre la propia ropa sin causas orgánicas o no psicopatológicas, en

niños que ya deben tener un adecuado control de la defecación, o sea después de los 3 años de edad. A diferencia de la enuresis, se suele dar más en horas de vigilia que durante el sueño. La proporción de niños con encopresis también disminuye a medida que se avanza en edad pero puede prolongarse hasta la adolescencia en pocos casos. Para el diagnóstico se necesita que se presente con regularidad y persistencia, esto es, una o más veces por semana y durante varios meses.

Los niños encopréticos, según revelan los estudios, presentan más síntomas de ansiedad y depresión, ambientes familiares menos expresivos y más pobremente organizados, más dificultades de atención, mayor incidencia de problemas sociales y bajo rendimiento escolar.

También existe una encopresis primaria y otra secundaria que obedecen a los mismos criterios que se mencionaron para la enuresis.

En la evaluación diagnóstica de la encopresis debe intervenir el gastroenterólogo pediátrico y el especialista en nutrición además del psiquiatra de niños.

Las causas orgánicas de la encopresis deben estudiarse mediante la historia clínica, el examen físico y si es necesario, manometría rectal, endoscopia o biopsia rectal.

La encopresis se asocia con cierta frecuencia con la enuresis nocturna lo que podría estar indicando un factor de retardo madurativo como sustrato básico.

Diagnóstico diferencial

Se deben descartar:

- Trastornos intestinales como el megacolon agangliónico, problemas en el tránsito intestinal, síndromes de mala absorción, infecciones, fisuras anales y otros.
- Parasitosis intestinales.
- Intolerancia a la lactosa.
- Episodios ocasionales en niños que no acuden a defecar cuando sienten la necesidad por estar jugando o en otras actividades que no desean abandonar.

Consecuencias

La encopresis ocasiona mayor rechazo de los demás hacia el niño afectado que la enuresis, y se debe a que ésta seda mayormente en horas de la noche y porque desde un punto de vista higiénico las heces son más aversivas que la orina. Así, los niños encopréticos pueden sufrir:

- Baja autoestima.
- Trastornos depresivos.
- Burlas y apodos crueles de parte de sus pares y hermanos.
- Limitación de la vida social por temor a tener episodios de encopresis en lugares extraños o en público.
- Castigos y maltrato de parte de los padres.

- Trastornos en la relación con los padres, especialmente las madres quienes se llegan a sentir muy frustradas cuando la encopresis no mejoran y acusan al niño de no poner de su parte o de defecarse a propósito.

Factores que influyen en una mejoría más rápida son unas condiciones psicosociales normales, mayor capacidad intelectual del niño,
La colaboración de éste en el tratamiento, la ausencia de constipación, bajo índice de trastornos conductuales o emocionales y la comorbilidad con enuresis.

Etiopatogenia

Se dan tres tipos de niños encopréticos:

1. Los que teniendo un adecuado control de la defecación, depositan sus heces en lugares inapropiados. Los niños que presentan este tipo de encopresis son aquellos que tienen trastornos emocionales como depresión o del comportamiento como conducta oposicionista-desafiante, así como conflictos en su relación con la madre. También es frecuente en retardados mentales. Algunos niños que se resisten a sentarse en la taza del servicio o una bacinilla, se esconden en un armario o una esquina de la casa para defecarse encima. De todos los tipos de encopresis este es el menos frecuente.

2. Los que no se percatan de que se están defecando o se dan cuenta pero no pueden controlarlo.

3. Aquellos en los que la encopresis se debe retención de heces, ya sea por estreñimiento o voluntaria, produciéndose después filtración de heces líquidas alrededor de la masa fecal retenida. Puede ser que el bolo fecal provoque un aumento del peristaltismo que es lo que produce esta filtración. La masa fecal a su vez puede ir soltando pequeños trozos que salen involuntariamente. La retención voluntaria de heces puede deberse a temor a una defecación dolorosa en niños pequeños que alguna vez la han experimentado, o a una forma de conducta de rechazo al entrenamiento intestinal. La retención de heces ya sea voluntaria o por estreñimiento causa situaciones en las que el niño puede pasar varios días sin evacuar, lo que a su vez origina molestias intestinales de consideración. Esta tercera categoría es la responsable de la mayor cantidad de casos de encopresis según algunos clínicos, aunque en nuestra experiencia la segunda categoría tiene una frecuencia muy parecida.

La encopresis primaria puede tener como factor predisponerte un entrenamiento intestinal inadecuado o retención de heces desde edades muy tempranas. En el caso de la encopresis secundaria, se asocian factores de índole psicológica y familiar que ya hemos mencionado, pero también pueden aparecer por constipación. Hay casos de encopresis secundaria en niños que han sido víctimas de sodomía razón por la cual se debe tener siempre en cuenta esta posibilidad.

No está demostrado hasta ahora que exista algún tipo de condición fisiopatológica a nivel del recto y el ano que tengan relación con la encopresis, especialmente en aquellos casos en los que los niños no se percatan de la salida de heces o no pueden

controlarla. No obstante, se ha afirmado que en la encopresis asociada a la constipación

Hay anormalidades como espasmos del esfínter anal y megacolon. Otros estudios sugieren que estos niños tienen una dinámica anorectal de expulsión de heces alterada, lo que contribuye a la retención crónica y la incontinencia. También se ha señalado una hipotonía del canal anal como responsable de la encopresis, anomalía que continúa después de varios años de haberse dado la recuperación.

En algunos niños ciertos alimentos influyen en la aparición de encopresis, tales como el chocolate, los productos lácteos, los dulces y algunas frutas con propiedades laxantes.

Tratamiento

- Es muy importante explicar a los padres de los niños afectados de encopresis no voluntaria que el problema no se debe a un propósito deliberado de aquél y darles orientación sobre cómo afrontar el problema.

- El niño debe recibir orientación y comprometerse a colaborar con los tratamientos que se implementarán para su mejoría.

- Si se trata de una encopresis polisintomática, como suele ser el caso de los que tienen encopresis voluntaria, el niño debe someterse a psicoterapia y métodos de modificación de conducta; y si existe un ambiente familiar patológico, entonces procede una terapia de familia.

- En casos de encopresis primaria, hay que hacer énfasis en un adecuado entrenamiento y hábito intestinal, lo que se puede combinar con métodos de refuerzos positivos y negativos para aumentar la conducta de evacuar en el lugar adecuado.

- Fármacos como la imipramina y la metoclopramida (cisapride). también han resultado útiles en la encopresis funcional. Este último es un agente prokinético-propulsivo que se administra en dosis que van de 0.14 a 0.3 mg/kg/dosis. Sus efectos secundarios que suelen ser leves y presentarse al inicio del tratamiento son: náuseas, vómitos, molestias gástricas, dolores de cabeza y anorexia. Estos medicamentos no deben utilizarse en niños preescolares.

- En casos de encopresis por estreñimiento, es necesario tratar éste con laxantes, adecuación de la dieta con alimentos ricos en fibra para poder mejorar el tránsito intestinal y lograr evacuaciones regulares y de consistencia normal. En estos casos también procede la regularización del hábito de evacuación.

- Técnicas de retroalimentación (biofeedback) que en varios estudios han reportado mejorías muy superiores a las del tratamiento médico tradicional después de un año.

Capítulo 21

OTROS TRASTORNOS.

❖ TRASTORNO DE TICS Y DE SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Síntomas y diagnóstico

Los tics son movimientos definidos por las siguientes características:

- Son involuntarios.
- Son reiterativos, rápidos (alrededor de un segundo) y paroxísticos.
- Son arrítmicos.
- Afectan a un grupo muscular circunscrito o se manifiestan por sonidos o vocalizaciones repentinas y sin propósito.
- Se pueden controlar por breves momentos.
- Desaparecen con el sueño.

Hay por lo tanto, tics motores y tics fonatorios que pueden ser simples o complejos. Los motores simples pueden consistir en guiño de ojos, sacudidas de cuello, muecas con otros músculos de la cara u otros movimientos de la cabeza. Los motores complejos tienen una apariencia de conducta con propósito y pueden ser brincos, auto agresiones, movimientos con brazos o piernas y contorsiones del tronco. Los fonatorios simples más comunes son sonidos guturales, carraspeo, ruidos nasales; y los complejos se manifiestan como repetición de sonidos o palilalia(Gr pálin=de nuevo + laléin=hablar.), repetición de palabras, emisión abrupta de palabras obscenas o coprolalia(Gr. kopros=heces + laléin=hablar).

Tienen siempre un inicio súbito aunque pueden empezar en forma muy leve e ir tomando más intensidad con los días. En cuanto a su duración pueden ser:

- Tics transitorios: motores o fonatorios (menos de un año).
- Tics crónicos: motores y/o fonatorios (más de un año y en algunos casos de por vida).

Los tics transitorios son muy comunes en la niñez, entre los 3 y los 10 años, con un pico entre los 6 y los 9, y suelen ser simples afectando especialmente los párpados u otros músculos de la cara o el cuello. Los fonatorios son más raros. Su intensidad es variable y pueden durar desde semanas hasta meses pero se establece el límite de un año antes de considerarlos como crónicos. En ese lapso de tiempo pueden aparecer y desaparecer por épocas.

Los crónicos involucran tanto motores o fonatorios simples o complejos que se presentan también en brotes que duran semanas o meses, y en algunos casos no desaparecen del todo. Cuando en el mismo paciente se dan tics motores y fonatorios simultáneamente o alternándose y de forma crónica, corresponde al llamado Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT), nombre del médico francés que describió esta enfermedad en el siglo XIX. Suele iniciarse en la infancia con tics faciales simples o

algunos fonatorios y progresivamente va involucrando otras áreas musculares, coprolalia, palilalia y a veces ecolalia. Aunque es más frecuente que los tics fonatorios se presenten varios meses después de los motores simples. La intensidad de los tics y su impacto en la vida del paciente varían desde casos muy leves que incluso pueden desaparecer del todo(aunque no es lo común) en la adolescencia o la vida adulta temprana, hasta casos muy graves con tics motores y fonatorios complejos que ponen al paciente en peligro de lesionarse y le producen agotamiento y le impiden llevar una vida normal. Este tipo de casos de Síndrome de Gilles de la Tourette más graves se ven más que todo en la adolescencia tardía y adultos.

Diagnóstico diferencial

- Movimientos anormales producidos por enfermedades como la Corea de Huntington, la enfermedad de Wilson, lesiones de núcleos subtalámicos, epilepsias. En el trastorno de tics y el de Gilles de la Tourette no se encuentran patologías neurológicas aunque se sabe que su base es una disfunción en este sentido. Por otra parte, los síntomas y hallazgos clínico-patológicos de las enfermedades neurológicas y genéticas citadas son fácilmente diferenciables.

- Movimientos distónicos y acatisia producida por fármacos como los neurolépticos. El antecedente de estar tomando un medicamento de este tipo da la pauta para el diagnóstico.

- Movimientos repetitivos y estereotipados de los pacientes con retardo mental, autismo infantil, síndrome de Heller o de Rett. La sintomatología de estos trastornos y el hecho de que los movimientos repetitivos y estereotipados son diferentes: son rítmicos y abarcan movimientos más complejos y variados.

- Conductas compulsivas(síndrome obsesivo-compulsivo). En estos casos los movimientos son dirigidos a una finalidad como tocar un objeto, lavarse compulsivamente las manos, abrir y cerrar una llave de agua, dar pasos en una secuencias determinada, etc.

Comorbilidad

Las niños que tienen tics suelen ser también propensos a:

- Estados de ansiedad.
- Baja autoestima.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: cuando se asocian ambas patologías a veces es difícil distinguir los tics de algunos movimientos compulsivos.
- Trastornos de lenguaje, de motricidad y de aprendizaje.
- Hiperactividad y trastornos de atención.

Etiopatogenia

Los factores etiogénicos postulados han sido:

- Un factor de índole genética. Es más frecuente el trastorno y las patologías asociadas en gemelos y especialmente los monocigóticos, así como en unas

familias más que en otras. Se cree que varios genes están asociados al SGT pero algunos con mayor efecto que otros. Las regiones del genoma que se han identificado como localizaciones potenciales de estos genes susceptibles son: 2p, 7q31, 8q, 11q, 20q, 21q. Otra hipótesis relacionada con la genética es la de una expresión alterada o menor del gen CNTNAP2("contactin-associated protein 2"), que codifica una proteína localizada en un compartimiento específico de los nódulos de Ranvier. Esta anomalía genética podría conducir a una anomalía en la distribución de los canales de potasio en el sistema nervioso, influyendo de esta manera en la conducción de los potenciales de acción, lo que a su vez causa movimientos no deseados como en el SGT.

- Alteraciones en los ganglios de la base y estructuras relacionadas del cerebro medio. Se ha postulado que una reducción del volumen del núcleo caudado podría ser un marcador que señala una anormalidad en la estructura de los ganglios basales de personas con SGT, y que otras regiones cerebrales pueden tener mayor relevancia clínica en la determinación de la intensidad de los tics. En otros estudios se ha visto que la gravedad de los tics está asociada a una hipo perfusión de las regiones del caudado, cíngulo y temporal media izquierdas.

- Hiperactividad dopaminérgica relativa en el cerebro medio: sustancia nigra y área tegmental ventral. Una hipótesis sugiere una disfunción fásica de la transmisión de dopamina como trasfondo patobiológico del SGT. Otra apunta en la dirección de una interrelación aberrante de los circuitos sensoriomotor, del lenguaje, ejecutivos y paralímbicos como causante de la iniciación y ejecución de diversos tics motores y vocales que aparecen en el SGT. Otros investigadores han sugerido que el SGT es producido por una disfunción en el cíngulo y la corteza órbito-frontal.

- Proceso inmune. Hay evidencias de que niños y jóvenes adolescentes con SGT tienen niveles séricos de anticuerpos antineuronales y antinucleares mayores que los de los grupos controles. En algunos casos se ha relacionado el proceso inmune con infecciones producidas por estreptococos, pero en otros no ha sido posible establecer esta conexión.

- Deficiencia de magnesio como evento central precipitante de efectos bioquímicos subsecuentes sobre la sustancia P, la kynurenina, los receptores NMDA(N-metil-d-aspartato) y la vitamina B6 lo que causa a su vez los síntomas del SGT y otras patologías comórbidas.

- Acción de elevados niveles de dihidrotestosterona y otros factores relacionados con la diferenciación sexual en el cerebro.

- Expresión anómala(normalmente inhibida) de fragmentos de programas motores y vocales primitivos relacionados con la conducta sexual. Esto se daría por la acción de un gen defectuoso.

- Las situaciones de estrés hacen más fácil la aparición de los tics o los agravan.

Consecuencias

Las consecuencias más frecuentes para los pacientes que padecen de tics, especialmente tics crónicos y severos son:

- Limitaciones en su vida social y familiar.
- Limitaciones en su vida académica. Abandono de la escuela en casos graves.
- Baja autoestima por burlas de los demás niños y las limitaciones de la vida social.
- Lesiones corporales en casos de tics complejos con auto agresión o golpes contra objetos.
- Aparición de trastornos depresivos como consecuencia de las limitaciones sociales y académicas.

Evolución

El pronóstico de los pacientes con trastornos crónicos de tics, especialmente SGT, es peor en los casos que se acompañan de otras patologías como trastorno obsesivo-compulsivo, hiperactividad y déficit de atención, trastornos del aprendizaje, así como en aquellos que tienen tics muy severos, persistentes, y pobre soporte familiar.

Tratamiento

- Medicación: Los casos de tics leves y transitorios generalmente no requieren medicación y con consejos a los familiares sobre cómo tratar el problema, así como la reducción de factores estresantes, pueden ayudar a la mejoría o a sobrellevar los tics mientras duren. En caso de administrar algún medicamento preferimos, en niños prepuberales, los de tipo sedativo o ansiolíticos en dosis bajas, por cortos períodos de tiempo y en horas avanzadas de la tarde para evitar la sedación durante el día.

- Los casos más graves y que producen efectos adversos en la vida del paciente el tratamiento farmacológico es siempre necesario. Se han utilizado diversos tipos de fármacos, siendo los de mayor efectividad los neurolépticos que actúan sobre los receptores D2. Dos de los más utilizados han sido el haloperidol y el pimozide(éste último ya no aparece en nuestra farmacopea). Las dosis iniciales son de 0.25 mg de haloperidol ó 1 mg de pimozide a la hora del sueño con incrementos de 0,5 y 1 mg respectivamente cada 7 a 15 días. Las dosis totales oscilan entre 0.5 a 6 mg de haloperidol ó 1-10 mg de pimozide al día. Con estos medicamentos se controlan los tics en porcentajes que pueden estar más allá del 75%. En muchos casos no es necesario mantener la medicación indefinidamente, sino que se da por períodos de 6 a 8 semanas en ciclos determinados por la acentuación de los tics. Los casos más graves y resistentes necesitan tratamientos más prolongados y con las dosis más altas. Actualmente también se están administrando los neurolépticos nuevos como la risperidona y la olanzapina en dosis que varían desde 1 mg/día en la primera y desde 5 a 10 mg/día en la segunda. Estos neurolépticos atípicos tienen la ventaja de producir menores efectos extrapiramidales y mayor tiempo de acción.

Otro fármaco que se receta actualmente para el SGT es la clonidina. Se inicia con dosis de 0.05 mg y se hacen incrementos de 0.05 mg semanales en intervalos de 3-5 horas. La dosis máxima es de 0.25 mg.

Cuando los tics se acompañan de otras patologías, se puede asociar al tratamiento otros psicofármacos como el metilfenidato para la hiperactividad, los inhibidores de la recaptura de serotonina para el trastorno obsesivo-compulsivo o los ansiolíticos para los estados de ansiedad.

- Orientación a familiares y maestros para un mejor entendimiento de los trastornos de tics y por lo tanto, obtener de ellos un tratamiento más apropiado del niño en la casa y la escuela.

- Psicoterapia individual cuando el paciente se encuentra afectado emocional o conductualmente por los tics y las consecuencias sociales de éstos.

- Intervención para eliminar o reducir el estrés causado por situaciones o eventos externos que agravan los tics o el SGT: patología familiar, fracaso escolar, miedo a situaciones específicas, agotamiento físico y/o mental, etc.

❖ TRICOTILOMANÍA

Síntomas y diagnóstico

La tricotilomanía (Gr. trico=relativo al cabello o pelo; tilein=arrancar; manía=furor) es un trastorno de los impulsos que consiste en tirar o arrancar pelos de la cabeza, las cejas, los párpados, la barba, el pubis y otra partes del cuerpo donde haya. Se inicia en ocasiones desde la etapa preescolar, en épocas tan tempranas como los primeros meses de vida, y otras en edades más avanzadas. Los niños y adolescentes que presentan tricotilomanía se producen áreas delimitadas de alopecia o calvicie, o adquieren un aspecto raro al carecer de cejas o pestañas por habérselas arrancado. Los niños más jóvenes pueden desarrollar un cuerpo extraño o masa de pelos en el estómago que requiere cirugía para extraerla.

Es habitual que el niño dedique varios momentos del día y de la noche a manipular o tirarse de los pelos, pero con el avance de la edad y las ocupaciones escolares y sociales, este hábito va quedando para ciertos momentos más propicios como son cuando está sin hacer nada, viendo televisión o se va a dormir. Los niños preescolares pueden hacerlo muchas veces cuando están tomando un biberón o están succionando un dedo o un chupete. Con la mano desocupada juegan con el cabello y/o lo van arrancando. Hay otros casos en los que los niños adoptan la costumbre de halar el cabello de otras personas como la madre o el padre mientras está acurrucado a ellos, aunque la definición de tricotilomanía solamente se refiere a casos en los que se trata del pelo de la propia persona.

Diagnóstico diferencial

Es necesario distinguir la alopecia que se produce en la tricotilomanía de la que tiene como causa enfermedades de la raíz del cabello o de la piel, así como de la causada por otras enfermedades no psiquiátricas(ver capítulo 8) y aquella otra que se da como

consecuencia de otras patologías mentales como la depresión, la anorexia nerviosa y los estados de ansiedad. Los pacientes con tricotilomanía debe ser cuidadosamente evaluados en sus antecedentes, sus síntomas actuales y exámenes básicos de laboratorio para descartar estas otras causan de la pérdida del pelo.

Consecuencias

Los niños con este trastorno, debido a la pérdida de cabello o de pelo en áreas visibles y que afectan su apariencia estética; al hecho de que no logran resistirse al impulso que los lleva a tal conducta; y a los conflictos que esto les puede crear con los padres quienes piensan muchas veces que es un acto voluntario que se puede dejar si uno lo desea, pueden sufrir con el tiempo de:

- Baja autoestima.
- Alejamiento de la vida social.
- Depresión.
- Trastornos de conducta reactivos.
- Mayor ansiedad que a su vez agrava la tricotilomanía.

Etiopatogenia

Siendo un trastorno impulsivo al que el sujeto difícilmente puede resistirse, es precedido por un estado de tensión que se alivia al ejecutar el acto de halar el pelo. Es una conducta que se aprende o se condiciona porque de alguna manera sirve para reducir la ansiedad generada por otras fuentes y que puede darse desde que el niño está en la cuna: relación madre-hijo tensa; abandono afectivo; insatisfacción de necesidades primarias o tardanza en atenderlas; trastornos del sueño. Y posteriormente, conflictos intrafamiliares, sociales o intrapsíquicos.

La tricotilomanía ha sido relacionada por muchas clínicos e investigadores con el trastorno obsesivo-compulsivo en el sentido de que ambas patologías tienen un carácter compulsivo y posiblemente unas bases fisiopatológicas comunes. Se piensa que existe una disfunción de circuitos corticoestriatales.

Tratamiento

Los puntos a considerar en el tratamiento son:

- Uso de fármacos. Los más utilizados han sido los antidepresivos tricíclicos como la clorimipramina y la imipramina, pero actualmente también se administran neurolépticos como el haloperidol en dosis bajas y los nuevos atípicos como la olanzapina en dosis que oscilan entre los 5 y los 20 mg una o dos veces al día; y la risperidona en dosis de 0.5 a 3 mg en una o dos tomas diarias. También se hace uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (IRS) como la fluoxetina, la fluvoxamina, la paroxetina, el citalopram y la sertralina. Estos fármacos se dan en dosis similares a las que se dan en los trastornos obsesivo-compulsivos pero tomando en cuenta la edad del paciente y la respuesta a dosis bajas. Algunos clínicos reportan el uso de neurolépticos y de una IRS concomitantemente cuando no hay mejoría con uno de ellos sólo.

- Psicoterapia cognitiva sola o con fármacos. Incluye la terapia cognitiva-conductual. La psicoterapia funciona mejor con niños mayores y adolescentes.

- Modificación de conducta. Se aplican técnicas de control de estímulos, refuerzo de la conducta contraria, castigos de la conducta no deseada como el tiempo fuera y otros como la privación de refuerzos(privilegios), el refuerzo negativo como apagar el televisor inmediatamente después de que el niño se lleva la mano al cabello o al pelo en cualquier otro lugar del cuerpo, y encenderla una vez la retira. El condicionamiento que implica el alivio de la tensión al manipular o halar el pelo puede interrumpirse cubriendo la mano del niño, especialmente en los más pequeños, con un guante de tela en los momentos en los que es más habitual que ejecute tal conducta, igual que poniendo un gorro, también de tela, bien sujeto a la cabeza mientras duerme, toma el biberón, succiona un dedo o el chupete. Muchos niños se resisten a estas medidas, pero se debe tratar de llegar a acuerdos con ellos o reforzar la conducta de utilizarlos. Considerando que es en ciertos momentos del día o de la noche cuando la mayoría de los niños caen en esta conducta. También se puede prevenir su ejecución haciendo que se ocupe si no lo está y que no pase mucho tiempo en la cama antes de dormirse(se le debe llevar a ella cuando ya está a punto de caer dormido). Otra veces podemos aplicar métodos como el de mantener sus manos ocupadas haciendo que sostenga algún objeto agradable al tacto o algún juguete también de su agrado. De todos modos, cada caso debe ser estudiado cuidadosamente para poder establecer cuál técnica conductual sería la más efectiva y llevar un seguimiento para controlar la aplicación del tratamiento y sus éxitos o fracasos.

- Hipnosis con sugestión y técnicas imaginativas. Algunos reportes en la literatura médica afirman haber conseguido buenos resultados con estas técnicas.

- Eliminación o reducción de focos de tensión que puedan estar agravando la tricotilomanía: a nivel familiar, social o personal(otras alteraciones psicopatológicas).

❖ TRASTORNO DE ESTEREOTIPIAS MOTORAS

Síntomas y diagnóstico.

El trastorno de estereotipias motoras (TEM) se caracteriza por movimientos voluntarios, repetitivos y estereotipados, sin una finalidad específica, rítmicos y que no son causados por una enfermedad o trastorno neurológico o psiquiátrico de otra índole. No obstante, se puede dar muy a menudo en niños con retardo mental. Consisten en balanceo de cabeza o cuerpo, diferentes y más o menos complejos movimientos con las manos, auto agresiones (morderse, pellizcarse, arañarse) frotamiento de los ojos (CIE-10). Para hacer el diagnóstico es necesario que se den sin ser parte de un cuadro sindrómico de otra índole como veremos en el diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial

- Movimientos repetitivos en la esquizofrenia: están relacionados con las alucinaciones y pensamiento delirante del paciente.

- Movimientos repetitivos de los autistas: están enmarcados dentro de la situación de incomunicación social y verbal del niño; los movimientos tienen un carácter de auto estimulación y son menos conscientes que los del TEM.
- Tics: son involuntarios y arrítmicos.
- Movimientos repetitivos en el trastorno obsesivo-compulsivo: son displacenteros e impuestos a la persona y tienen por finalidad conjurar supuestos males que pueden acaecer si no se ejecutan.
- Tricotilomanía: es un movimiento impulsivo de manipular y halar el pelo, mientras que los del TEM no consisten en un trastorno de los impulsos.
- Movimientos anormales por enfermedades neurológicas como la Corea de Huntington, la enfermedad de Wilson, la epilepsia del lóbulo temporal y otros. En estos casos la sintomatología y los exámenes médicos permiten hacer el diagnóstico diferencial.

Consecuencias

Cuando estos movimientos estereotipados son muy frecuentes e intensos pueden afectar de manera importante la vida del niño, especialmente los aspectos social y escolar. Además, los movimientos auto agresivos pueden provocarle lesiones como cuando golpea la cabeza contra otros objetos o cuando se muerde partes del cuerpo. Los familiares y los maestros pueden tomar estos movimientos estereotipados por un deseo del niño de burlarse y de esa manera se crean conflictos con él. Los demás niños pueden empezar a hostigar al niño con TEM lo que causa en él problemas en sus relaciones y baja autoestima.

Evolución

El TEM es una patología propia de la niñez y rara vez se prolonga más allá de la adolescencia. Se han descrito algunos casos de adultos jóvenes con TEM pero son más bien la excepción a la norma. Cuando el TEM se acompaña de retardo mental, especialmente moderado a grave, es más fácil que pueda prolongarse en el tiempo.

Tratamiento

El tratamiento del TEM debe basarse en los siguientes puntos:

- Orientación a padres y maestros sobre la índole del problema y su mejor manera de afrontarlo.
- Orientación al paciente y terapia conductual: técnicas de autocontrol y de prevención de respuesta.
- Medicación solamente en los casos en los que la vida del paciente se está viendo afectada de manera importante y no haya mejoría con los métodos de modificación de conducta. Se usarían los neurolépticos como el haloperidol, la risperidona y la olanzapina a dosis bajas.

SEXTA SECCIÓN

Capítulo 22

PSIQUIATRÍA DE LA PRIMERA INFANCIA (DE O A 3 AÑOS)

Recientemente se ha despertado un creciente interés en la etapa que va desde el nacimiento hasta los 3 años de edad en los psiquiatras de niños y adolescentes, lo cual ha motivado la creación de una asociación internacional dedicada al tema, así como numerosos estudios, publicaciones y hasta nuevas clasificaciones que intentan abarcar los problemas psicopatológicos y relacionales del niño de estas edades con sus padres.

Debemos decir, en honor a la verdad, que en nuestro país éste ha sido un tema de interés desde hace varias décadas, no solamente teórico sino también práctico, ya que entre los servicios médicos que brinda la institución de seguridad social de Panamá, están los de atención integral a los niños en condiciones de riesgo y sus padres desde los primeros días de vida. Esta atención está integrada en el Servicio de Neonatología y trabajan en él tanto pediatras neonatólogos como psiquiatras de niños, una psicóloga y terapeutas del desarrollo. Muchos de estos niños son seguidos posteriormente, a veces hasta después de dos años de estar bajo control en la clínica de alto riesgo, en las policlínicas donde existen programas materno-infantiles y también en el Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes según la naturaleza de los casos. No obstante, creemos que aún queda mucho por hacer en este campo, especialmente en lo concerniente a la prevención y a la generalización de este tipo de servicios a todo el país.

Estos tres primeros años de la vida de un niño son de vital importancia debido a que:

1. El cerebro están aún en desarrollo y organización.
2. Se inician las relaciones padre-hijo y también las bases de futuras patologías psiquiátricas.
3. Puede ser el momento en el cual se den situaciones de maltrato físico o psicológico y así como lesiones corporales con efectos permanentes.
4. Es el momento ideal para la estimulación de las funciones psicológicos, sensoperceptivas y motrices, así como para la educación para padres y la prevención de patologías futuras.

La recomendación que se hace actualmente a los clínicos que trabajan en salud mental y en pediatría es que se trate de reconocer tempranamente los síntomas o signos de posibles patologías, lo que significa prestar más atención al desarrollo de los niños en estos tres primeros años para iniciar cuanto antes la intervención preventiva o terapéutica. En este sentido no solamente se debe observar la conducta y las respuestas del niño sino también la de los padres o familiares encargados de su crianza, además de las condiciones familiares y socioculturales en las que se lleva a cabo este proceso.

Una de las clasificaciones elaboradas por una serie de expertos establece también ejes diagnósticos que son:

Eje I: Categoría diagnóstica primaria (el problema del niño):

- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastornos del afecto.
- Trastornos por adaptación.
- Trastornos de la regulación.
- Trastornos de la conducta en el dormir.
- Trastornos de la conducta en el comer.
- Trastornos en las relaciones y la comunicación.

Eje II: La relación entre el niño y quien lo cuida

Eje III: Trastornos o problemas tanto físicos, como neurológicos, del desarrollo y otros trastornos mentales(como los incluidos en la CIE-10 o la DSM-IV).

Eje IV: Estrés psicosocial.

Eje V: Nivel de funcionamiento emocional y en el desarrollo.

En este abordaje de los problemas de la infancia temprana se recomienda atender las variables siguientes:

- Los síntomas y conductas del niño.
- La historia del desarrollo.
- El funcionamiento de la familia y los patrones culturales o de la comunidad.
- La descripción de los padres como individuos.
- La relación entre el niño y quien lo cuida; su interacción.
- Las características constitucionales y de maduración del lactante.
- Los patrones del lenguaje, cognoscitivos, afectivos, sensoriales y motrices del niño en el presente.
- La historia médica y psicosocial de la familia.
- La historia del embarazo y del parto del lactante.
- Los factores de estrés y del medio ambiente en el presente.

Como se puede apreciar, estas recomendaciones no difieren de las que se toman en consideración en toda historia y examen en Psiquiatría de la niñez y la adolescencia, siendo la única diferencia importante el que algunas de ellas adquieren relevancia especial en esta etapa de la vida, como es la interacción entre los padres y el niño, lo que incluye la oportuna y adecuada atención de las demandas y necesidades de éste.

Existe otra clasificación realizada en Francia como parte de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de la Infancia y la Adolescencia y que constituye un complemento al eje I de la misma. En ella se dan las siguientes categorías:

B1: Bebés en riesgo de trastornos severos del desarrollo.
B2: Las depresiones del bebé.
B3: Bebés en riesgo de una evolución disarmónica.
B4: los estados de estrés.

B5: Hipermadurez y hiperprecocidad patológicas.
B6: Distorsiones del apego(“Distorsiones du lien”).

En el período de edad que nos ocupa nosotros establecemos cuatro tipos de categorías como:

1. Las conductas y estados emocionales del niño que constituyen señales previas de futuros trastornos psicopatológicos(fases previas a las patologías mencionadas en el criterio cualitativo).
2. Las conductas y estados emocionales de los padres o cuidadores que pueden ser causantes de psicopatología en el niño (criterio etiológico).
3. La calidad de la interrelación entre los padres y el niño (criterio etiológico).
4. Los trastornos psicopatológicos ya instaurados en el niño (criterio cualitativo).

En la primera categoría, o fases previas a las patologías, el niño exhibe una serie de conductas u estados emocionales tales como:

- Temperamento irritable
- Temperamento inhibido
- Atención muy dispersa
- Pobre fijación de la mirada.
- Dificultades del sueño
- Resistencia a ser consolado.
- Dificultades en el proceso de alimentación.
- Llanto frecuente e inconsolable.
- Falta de respuesta a estímulos aversivos.
- Hipoactividad
- Hiperactividad
- Lentitud en el desarrollo motor.
- Lentitud en la adquisición del lenguaje (comprendido y hablado).
- Desinterés por la relación con otros niños.
- Resistencia excesiva a la separación de la madre.
- Falta de respuesta de ansiedad ante los extraños después de la edad en que normalmente se da (después de los 8 meses).

En la segunda categoría son de interés conductas y estados emocionales de los padres o cuidadores como:

- Oscilaciones frecuentes del estado de ánimo.
- Tendencia a la agresión ante los problemas.
- Consumo de alcohol y/o drogas ilícitas.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos para conciliar el sueño.
- Estados de ansiedad en sus diferentes formas clínicas.
- Tendencias obsesivo-compulsivas.
- Trastornos en la relación marital.
- Aceptación o no de la llegada del nuevo niño.
- Ideas inadecuadas acerca de la crianza y educación de niños.

En la categoría que se refiere a la interrelación entre los padres y el niño interesa conocer:

- Si existe apego o desapego de parte de los padres o cuidadores hacia el niño (manifestaciones afectivas o la sintonía emocional con él y su cuidado frecuente).
- El grado de paciencia de que se tiene ante las demandas y necesidades del niño.
- La forma en que se satisfacen las necesidades del niño y se corrigen sus conductas.
- Si existe la costumbre en los padres de dejar el cuidado del niño a otras personas como nanas, tías, abuelos u otras.
- Si se da un exceso de gratificaciones(materiales o afectivas), sobreprotección o limitación de las tendencias normales del niño a la independencia ejecutiva(comer solo, dormir solo, vestirse, deambular libremente sin más restricciones que las necesarias para evitar peligros).
- La instauración de hábitos inadecuados de sueño y alimentación patrocinados por los propios padres o cuidadores.
- Influencia negativa de alguno de los padres o ambos en el desarrollo de las conductas sociales del niño: enseñarle formas agresivas de conducta, inculcarle actitudes egoístas y asociales, engreírlo, ser demasiado flexibles o benévolos ante sus malas conductas, etc.
- La disposición a estimular cognitivamente al niño o a seguir las indicaciones médicas o terapéuticas cuando el niño está padeciendo algún retraso en el desarrollo o alguna patología física.

En la cuarta categoría están las diferentes patologías que un niño de o a tres años puede presentar como:

- Las depresiones
- Los estados de estrés
- Los trastornos del desarrollo
- Los trastornos del sueñ.
- Los trastornos relacionados con la alimentación
- Los trastornos del apego

Las depresiones en la primera infancia pueden manifestarse con síntomas tales como: retraimiento o desapego, comportamiento inhibido o falta de tono vital, trastornos del sueño, rechazo de los alimentos, regurgitación o rumiación, enlentecimiento motriz, facies triste, llanto frecuente, falta de estructuración de angustia ante los extraños y trastornos psicosomáticos. No existe, dada la inmadurez de esta edad, un componente cognoscitivo de la depresión, como tampoco la posibilidad de que el niño pueda establecer una relación de su estado anímico con las circunstancias que lo provocan. Es un trastorno reactivo a una carencia afectiva y a la insuficiente satisfacción de sus necesidad básicas en los primeros meses, y a otras causas como maltrato, nacimiento de un hermano, abandono (niños dados en adopción o dejados en asilos u hospitales), en los que tienen más de dos años.

Estos estados anímicos alterados, si sus causas no duran mucho tiempo, son generalmente reversibles. Pero en aquellos casos en los que la carencia afectiva, el

trato inadecuado o el abandono, son crónicos, puede quedar establecida la base de una patología emocional en los años siguientes.

Algunos autores afirman que las depresiones del lactante o el niño pequeño cursan también con estados que pudieran parecer paradójicos, como hiperactividad, agresividad, búsqueda constante de las figuras paternas, locuacidad, etc. Creemos que esto es posible en etapas iniciales del trastorno depresivo, sobre todo en los niños que ya tienen una cierta independencia ejecutiva y experiencias iniciales de comunicación verbal. A esta etapa puede suceder otra más duradera y más similar a la que se describió en primera instancia.

Los estados de estrés o neurosis de la infancia, tienen como causa un evento o serie de eventos traumáticos recurrentes de modo similar a como sucede en edades posteriores con el síndrome de estrés postraumático. Son síntomas frecuentes en estos casos, la irritabilidad, las dificultades del sueño como pesadillas, pavor nocturno e insomnio; la agresividad hacia familiares u otros niños; la sobreexcitación y la hiperactividad; los miedos específicos o generalizados; conductas regresivas y ansiedad de separación.

Eventos traumáticos causantes del estrés suelen ser: haber sido víctima de agresiones (físicas, sexuales o psicológicas) o accidentes; hospitalizaciones y procedimientos médico-quirúrgicos; experiencias de extravío o abandono; desastres naturales; violencia entre familiares en el hogar; separación abrupta de la madre, el padre o la persona que lo cuida; ingreso a la escuela por primera vez; cambio de casa o viajes.

Existe en unos niños una predisposición genética a las reacciones de estrés más acentuada que en otros, lo cual puede además agravarse por la relación con una madre o cuidadora que le transmite ansiedad e inseguridad.
Hay madres muy tensas, con poca confianza en sí mismas y en su rol maternal, que contagian a sus hijos pequeños su estado de ansiedad con mucha facilidad cuando los lactan o les dan de comer, cuando los duermen cuando juegan con ellos o simplemente interactúan. Los padres también pueden ser fuente de ansiedad en los hijos pequeños, pero son las madres quienes más se ocupan de ellos en este período de la vida.

Los trastornos del desarrollo se manifiestan en esta etapa como deficiencias o enlentecimientos que colocan al niño más de dos desviaciones estándar por debajo de los niños normales. Debemos diferencias las situaciones en las que existen alguna demora en adquirir ciertas habilidades de aquellas donde ya existe una afectación importante. No es igual que un niño tarde unas semanas más de lo común en gatear o caminar, o algunos meses más en hablar sin ningún antecedente importante de riesgo o sin otros síntomas, a que tenga ya dos años y no camine, o tres años y no diga ni una sola palabra. Como también es diferente el que un niño de año y medio tarde en atender cuando se le llama, a que esté persistentemente en un estado de alejamiento afectivo o de incomunicación como sucede en los autistas o los que tienen retardos mentales graves. Se debe pues, evaluar cuidadosamente la conducta del pequeño, sus antecedentes y su estado biopsicológico antes de diagnosticar que existe un trastorno del desarrollo no pasajero. Es este el momento en el que se cometen errores de diagnóstico por el apresuramiento, ya sea en un sentido de falso positivo o de falso negativo. En el primer caso, por diagnosticar un trastorno que realmente no existe y

que dando un poco de tiempo y estimulación, el niño se normaliza; y en el segundo caso, cuando por falta de conocimientos de Psicología Evolutiva y de Pediatría, se ignoran las señales de un proceso patológico. En este respecto, es un error común que los médicos pediatras, por desconocimiento de la primera, digan a los madres preocupadas: “no se preocupe, ya el niño caminará; muchos niños tardan en hablar, pero después de sueltan”, sin preocuparse de estudiar más a su paciente o referirlo a otros especialistas en el desarrollo.

En estos primeros 36 meses aparecen los primeros síntomas del autismo infantil, del síndrome de Asperger, del de Rett o del de Heller; es cuando se manifiestan los síntomas de las parálisis infantiles o del quernícteros; las señales de una sordera o de una ceguera; de algunas enfermedades genéticas y otras patologías.

Los trastornos del sueño en los lactantes pueden perturbar de manera importante su salud y la de sus padres. Hay niños que sin haber padecido algún trauma o sin estar sometidos a situaciones de ansiedad o sufrir depresiones, presentan alteraciones del sueño casi a diario: duermen poco, se despiertan asustados o llorando, se mueven mucho durante el sueño o cabecean durante varios minutos para poder dormirse, se pasan a la cama de los padres, o simplemente logran conciliar el sueño después de varias horas de estar intentando dormirlo. Estos bebés parecen tener dificultades en establecer un patrón estable de sueño en su cerebro, lo cual se agrava cuando los padres o cuidadores practican rutinas inadecuadas en relación a la alimentación nocturna, los hábitos de sueño o los sobre estimulan. Las conductas inadecuadas relacionadas con la hora del sueño se condicionan desde estas edades y pueden persistir varios años.

Cuando los niños pequeños no duermen satisfactoriamente, pueden presentar en el día cansancio, somnolencia, irritabilidad y agresividad. Los padres también pierden horas de sueño y con el tiempo desarrollan cansancio crónico y predisposición a los estados depresivos, e igualmente a la irritabilidad y la agresividad. Casos de maltrato se dan con más facilidad bajo estas circunstancias.

Los trastornos relacionados con la alimentación son tema de preocupación constante entre padres, abuelas y médicos pediatras. Si son graves conducen a estados de desnutrición y/o desarrollo físico insuficiente. Pero incluso los menos graves causan mucha angustia que a su vez lleva a los cuidadores o familiares a métodos contraproducentes en la alimentación. Los niños que demuestran poco interés por la comida o comen de una manera que no satisface las expectativas de los adultos, entran pronto en conflicto con éstos formándose verdaderas luchas al momento de la alimentación. El rechazo de la alimentación tiene como causas las depresiones, los estados de estrés, enfermedades físicas y los intentos de forzar al niño a comer cuando no tienen hambre o no desea algún alimento en particular. Consecuencia de estos trastornos relacionados con la alimentación se producen vómitos frecuentes, fobia a ciertos comestibles(vegetales, frutas, alimentos sólidos o por contrario, muy blandos), regurgitaciones, malestares gástricos, trastornos del sueño, rabietas, castigos o ciertas rutinas totalmente inadecuadas como dar de comer al niño cuando ya está en capacidad de hacerlo por sí solo, prometerle premios para que coma, ir detrás de él mientras corre o juega para ponerle los alimentos en la boca, darle estimulantes del apetito cuando no son necesarios, llevarlo de paseo en el auto como condición para que coma, etc.

En los niños más pequeños, la costumbre de prolongar los biberones de leche sin ir reduciendo su cantidad a medida que se incorporan otros alimentos, lleva a muchos niños a la obesidad, a la nutrición desequilibrada, a las caries dentales precoces y a actitudes de infantilismo no correspondientes con la edad. Lo mismo que con los problemas de los hábitos de sueño, los de la alimentación temprana sientan las bases de patologías posteriores tanto en esa área específica como en las relaciones padres-hijo.

Por apego se entiende la unión emocional y física que se da entre un niño lactante y sus padres, especialmente su madre en un primer momento. Desde que la madre inicia la atención y los cuidados del niño se empieza a formar este lazo que será la base del desarrollo de una confianza primaria en aquél, así como de su sensación de bienestar. La madre con sus verbalizaciones hacia el lactante, sus gestos y su mirada, además de su contacto físico, colma sus necesidades corporales y afectivas favoreciendo la organización y la integración de sus funciones psíquicas y de su normal adaptación a la vida extrauterina. El niño, a su vez, responde a la madre reforzando en ella sus acercamientos y su disposición a atenderlo. Para que se de un apego satisfactorio o como se le ha llamado, seguro, es condición importante disponer de una madre atenta, que brinde al niño calor emocional y que tenga cualidades psicológicas que le permitan ejercer este rol maternal sin inseguridades ni actitudes neuróticas, de lo contrario, este proceso de apego puede verse alterado dando lugar a la aparición en el hijo de desarrollos emocionales y sociales patológicos. Tanto la mala calidad de la atención hacia el niño como la ausencia de una figura a la que éste pueda asirse emocionalmente, como sucede en los niños abandonados en asilos u hospitales donde quedan al cuidado de diferentes personas por mucho tiempo, dan lugar a trastornos del apego y a consecuencias futuras en forma de problemas de personalidad, de relaciones sociales y familiares, trastornos neuróticos o conductuales.

No obstante, si se actúa pronto corrigiendo las deficiencias en la calidad de la relación padres-hijo temprana, o evitando la carencia de la figura materna, los trastornos del apego pueden revertir y evitarse así las consecuencias patológicas en la vida futura del niño. Los antecedentes biográficos de los padres así como la calidad de la vida familiar, son índices que nos orientan hacia la detección de posibles insuficiencias o deficiencias en el proceso de apego. Madres con patología psiquiátrica como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, neurosis de ansiedad, depresión crónica, drogadicción, con actitudes de rechazo hacia la maternidad, o que no han tenido ellas mismas una experiencia de apego satisfactoria en su infancia, deben recibir mucha orientación y apoyo en la crianza de sus hijos pequeños para evitar que se establezca una relación inadecuada entre ellos.

Capítulo 23

PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA DE URGENCIAS

En la Psiquiatría pediátrica son poco frecuentes las patologías que comprometen la vida del paciente y que acuden para ser atendidas a nivel de los cuartos de urgencia. La mayoría de las veces, más allá de tratarse de condiciones críticas, son el resultado de una incapacidad para manejar adecuadamente el problema por parte de los que

rodean al paciente, lo que les genera la percepción de tratarse de un estado muy grave al que no pueden hacer frente.

La mayor parte de los casos que llegan en busca de atención con carácter de urgencia, no son condiciones que aparecieron súbitamente, sino que fueron precedidas de un período importante de cambios que, o bien, no fueron identificados por los adultos, o no fueron tomados en cuenta con la debida seriedad.

Los chicos no tienen la capacidad de percibir que presentan un estado que requiere asistencia inmediata y aún si la tuviesen, como en el caso de algunos adolescentes, es difícil que puedan acudir a solicitar la atención en forma directa y sin la compañía de un adulto, ya que así lo establecen las normas de atención de menores en los sistemas de salud. Por consiguiente, el paciente necesita que la persona que lo acompañe considere que el problema que aqueja al paciente es realmente importante lo que, en ocasiones, retrasa o impide el tratamiento inmediato del mismo.

Dentro del grupo de personas que solicitan la evaluación de pacientes pediátricos en los cuartos de urgencias se incluyen los padres, miembros de la escuela, los juzgados, la policía, los miembros de la comunidad, o el personal de salud que consideren la condición del paciente como insostenible y se declaran imposibilitados para manejarla sin el apoyo de un especialista.

En este capítulo mencionaremos las condiciones clínicas que con mayor frecuencia se atienden en el cuarto de urgencias y aspectos generales de la evaluación en las mismos, así como las medidas de intervención y tratamiento.

Evaluación en el cuarto de Urgencias.

Al hablar de “cuarto de urgencias” es importante tener claro de cuáles son las condiciones en un lugar como éste y reconocer que el especialista se encontrará no sólo frente a un potencial paciente de psiquiatría pediátrica y sus angustiados acompañantes, sino frente a un área crítica, en ocasiones, caótica, de movimiento, ruido, pacientes con múltiples patologías y a un médico que refiere el caso que gran parte de las veces no ha podido realizar una evaluación adecuada, ni establecer claramente los factores de riesgo o la condición clínica real de nuestro futuro paciente.

El paciente muchas veces ha tenido que esperar horas para ser atendido en virtud de una selección basada en criterios de vida o muerte y al llegar a nosotros, es probable que, se encuentre cansado, con poca capacidad de cooperar al igual que sus padres o la persona que los acompaña, lo que hace la atención por el psiquiatra pediátrico más difícil requiriendo de mucha tolerancia y paciencia no sólo hacia sus pacientes sino al medio que lo rodea en el área física en que se encuentran.

La selección de pacientes a nivel de cuarto de urgencias se establece según los siguientes criterios de prioridad:

- Atención inmediata
- Atención urgente
- Atención no urgente

La prioridad inmediata es la que atiende condiciones que comprometen la vida del paciente en cuestión de horas. Estas no existen en psiquiatría ya que las acciones con intención de suicidio como las intoxicaciones, las lesiones con armas o el ahorcamiento deben ser evaluadas y estabilizadas previamente por los médicos internistas o pediatras generales antes de considerar una intervención por el servicio de psiquiatría.

La prioridad de carácter urgente es en la que enmarcaremos los trastornos emocionales graves y debemos tener claro que muchos de los pacientes que acuden a atención en el cuarto de urgencias caen en la clasificación de “no urgencias”. Sin embargo, y a pesar de esto, se establece que todos los pacientes que lleguen al cuarto de urgencia demandando por atención psiquiátrica deben ser evaluados por el especialista especialmente en el grupo de edad que nos compete.

Cualquier persona podría reconocer a un paciente con alteraciones de orden psicótico, o a un paciente violento e incluso que llegue con historia de intento de suicidio franco y determinar que requiere tratamiento, pero son pocos los que pueden establecer alteraciones más sutiles que podrían en un momento dado constituir verdaderas urgencias.

Siguiendo el protocolo de atención para cualquier paciente en el cuarto de urgencias, los pacientes psiquiátricos requieren, al igual que otros, un proceso de estabilización si llegara en una condición de alteración importante, lo que, además, incluirá medidas para proteger, inmovilizar si es necesario, eliminar potenciales “armas”, y necesitar una compañía y vigilancia constantes.

Al igual que con cualquier otra condición clínica, en la evaluación en el cuarto de urgencias se requiere de una entrevista y un examen breve pero dirigido a conocer la condición real del paciente y los factores que precipitaron tal condición a fin de reconocer cuáles constituyen un riesgo serio que requiera una intervención en ese momento seguida de una posible hospitalización.

Una evaluación a este nivel debe constar de:

- Reconocimiento del problema que trae al paciente al cuarto de urgencias, por parte del mismo, sus acompañantes y el facultativo.
- Realización de una historia clínica breve y dirigida.
- Evaluación mental del paciente.
- Revisión de los factores de riesgo predisponentes de la condición actual
- Evaluación de la capacidad de manejo por familiares o responsables del paciente.

Para poder manejar adecuadamente la situación que nos presenta el paciente es importante en primer lugar conocer cuál es el problema que lo trae al cuarto de urgencias. El “problema” debe ser expuesto por el paciente así como por los responsables del mismo que se encuentren con éste al momento de la evaluación ya que la información ofrecida por las partes, paciente y acompañantes, en forma separada, puede ser incompleta o bien ser poco confiable. Si bien sólo el paciente puede expresar sus emociones y dar una idea más clara de lo que vive ya sea a nivel familiar, social, físico o psicológico, en ocasiones por su edad, condición mental, o inmadurez no es capaz de percibir cuando ocurre un verdadero problema que atenta

contra su integridad o la de terceros y es por eso que se hace indispensable contar con otras personas de su entorno para completar la evaluación y para que lo acompañen al momento de tomar las decisiones.

Las preguntas en el contexto de urgencias deben ir dirigidas a determinar cambios en el pensamiento o en el comportamiento del paciente, debe establecerse cuáles y cómo han sido, el tiempo transcurrido desde su aparición, la forma de inicio, qué cosas los mejoran o los exacerban o si es la primera vez que ocurren. Además, es importante establecer qué otras enfermedades tiene el paciente y si lo que está ocurriendo forma parte de una patología ya conocida que se ha descompensado. Es imprescindible señalar qué medicamentos toma el paciente sean o no de uso psiquiátrico y a qué dosis, si hay historia de uso de drogas o alcohol, de un posible embarazo, así como la historia familiar de enfermedad mental o de características similares a la que trae nuestro paciente. Se debe anotar si se ha atendido antes con un especialista en la rama, si ha estado bajo tratamiento ambulatorio u hospitalizado previamente.

La evaluación mental, como en cualquier paciente, debe incluir una observación del aspecto general, de su estado de alerta, de sus funciones cognitivas, memoria, orientación, funcionamiento intelectual, del pensamiento, del comportamiento, del afecto y, por supuesto, del juicio del mismo.

A diferencia de un paciente adulto, en el caso de la evaluación de un menor hay que tomar en cuenta tres aspectos básicos que incluyen:

- El período de desarrollo físico en que se encuentra
- Los aspectos generales de psicología evolutiva.
- Las características del desarrollo social propias de la etapa que atraviesa.

La finalidad es la de detectar si presenta un crecimiento normal, si sus procesos de pensamiento, capacidad intelectual, habilidades, respuestas emocionales o desarrollo motor son acordes con lo esperado para su edad cronológica, así como entender los intereses sociales ya que de ninguna manera se esperará el mismo comportamiento de un paciente de 2 años que de 10 o de 17 años, por ejemplo.

Un aspecto determinante en la evaluación de urgencia es el establecer cuáles son los factores de riesgo que predisponen a las crisis de los pacientes o sus familiares. En cada patología puede haber factores específicos de la misma como lo es el abandonar el tratamiento en los cuadros psicóticos o depresivos, pero hay factores de riesgo general que deben estudiarse y podrían aplicarse a cualquier entidad psiquiátrica en el paciente pediátrico. Estos factores incluyen, los factores de riesgo físico, emocional y social.

Dentro de los factores de riesgo físico, incluimos la edad ya que las condiciones de manejo de una situación variarán según los años que tenga el paciente, y para efectos de nuestra evaluación, el que el paciente sea menor y dependa de los adultos para recibir su atención, así como la vulnerabilidad que representa la misma por tratarse de un período de crecimiento y desarrollo no completo, de muchos cambios y más susceptibilidad. Se agrega, además, el presentar una patología psiquiátrica o de otra índole sobretodo cuando esta última resulte incapacitante, crónica o afecte de alguna manera las funciones generales del paciente en los campos intelectual o social. También es importante considerar el número de hospitalizaciones previas que las mismas hayan generado.

Al tratarse de un individuo en formación, y que depende de otros es difícil separar los predisponentes físicos y sociales de los emocionales pues
todos ellos se interrelacionan e influyen entre sí. Sin embargo, es importante señalar que si el niño o adolescente atraviesa por situaciones que le generen un estrés intenso éstos constituirán los factores de riesgo a estudiar, como lo es la muerte de un ser querido, la separación de su red social, escolar o familiar, el que existan situaciones que atenten contra su integridad en general, que le produzcan miedo o que signifiquen cambios bruscos a su sistema de vida. A estos se le añaden el consumo de drogas y alcohol, y en el caso de los adolescentes el inicio de vida sexual activa, la aparición de posibles enfermedades de transmisión sexual y los embarazos potenciales.

Los factores de riesgo social suman, entonces, todo su entorno. Las disfunciones familiares, la violencia que involucre sus sistemas familiares, escolares o sociales, el tipo de red de apoyo con que cuente el chico, si hay abandono escolar voluntario o debido a otras situaciones como lo son la capacidad limitada del mismo, la ignorancia de sus tutores o una situación económica comprometida. Debe estimarse el riesgo derivado de la zona donde reside o estudia y el tipo de pares con el que se relaciona así como la presencia de aspectos legales propios o familiares.

Por último y para tomar una adecuada decisión con respecto al paciente deberá determinarse el grado de capacidad que tengan los padres, tutores o adultos responsables para manejar la situación presentada. Con frecuencia en los cuartos de urgencias encontraremos pacientes muy angustiados acompañados de adultos en el mismo estado o bien enojados, irritados, apurados o tan enfermos como el paciente que no pueden hacerse cargo de la situación y requieren de apoyo, orientación, y muchas veces separación temporal del paciente que les permita ver las cosas con más objetividad y calma. Si durante la evaluación observamos que los adultos se encuentran en un estado que, lejos de ayudar, generará más dificultades, es probable que este hecho aislado constituya un factor determinante para la decisión de una hospitalización con el fin de proteger al joven, de proveer una ambiente más tranquilo tanto al primero como a sus familiares y de dar una más acertada orientación e intervención individual y familiar.

En ocasiones esta decisión se acompaña de la de privar de visitas al menor hasta que el ambiente en los dos sentidos esté más controlado. Son actitudes parentales a considerar en estos casos, las punitivas, las de enojo, las de minimización, las de abandono, o la presencia de una alteración mental por ansiedad extrema, depresión o psicosis en el familiar.

En la atención de los pacientes de urgencias que acuden con sintomatología psiquiátrica hay que tener claro qué cosas deben hacerse y cuáles no. En primer lugar debemos determinar si la condición médica que aqueja a nuestro paciente es realmente de carácter psiquiátrico o es una patología de las conocidas como orgánicas que requieren una atención por otros especialistas. Para determinarlo debemos acompañar nuestra entrevista y examen mental de un conocimiento del examen físico del paciente así como contar con laboratorios que descarten otras patologías. Pueden confundirse con patologías psiquiátricas alteraciones a nivel del sistema nervioso central, procesos traumáticos, tumorales, infecciosos, hemorrágicos, metabólicos, tóxicos, endocrinológicos, entre otros.

Generalmente cuando se evalúa a pacientes en áreas críticas hay, además de la angustia de los pacientes y familiares, un factor de estrés agregado que corresponde a las condiciones del área critica y a la capacidad del personal del cuarto de urgencias para abordar al paciente enfermo mental. Es por ello que con frecuencia observamos que se llevan a cabo algunos errores en el manejo de los mismos que incluyen el uso de términos despectivos como el de “HI” que era una forma abreviada de referirse al paciente como un histérico, o el de “loco”, las burlas, las risas, las expresiones inadecuadas como la de “ser un malcriado” o un “manipulador” que lejos de ayudar generan en el paciente rechazo e inquietud que empeora su condición, así como la resistencia a los tratamientos y por lo tanto afectará la precisión con que se llegue a un diagnóstico y, por lo tanto, a un tratamiento acertado.

Es importante, como parte del abordaje inicial, el exonerar de culpas tanto al paciente como al familiar pues es común que ambos se sientan mal, uno por haber abocado a la familia a esa situación, y los otros como responsables de que el primero esté allí. Otro de los aspectos que debemos evitar es el uso de restricción física o química innecesaria que en ocasiones se realiza más por la exigencia del personal que por la necesidad médica real del paciente.

Es por lo tanto imprescindible calmar a los familiares y al paciente, y manejar el concepto de ayuda, de cuánto cada uno de ellos la necesita y de lo dispuestos que estamos a facilitarla. Es una base para la colaboración de todas las partes que la comunicación entre el paciente, lo familiares y el médico sea siempre directa, clara y precisa, que todos sepan qué es lo que se va a hacer en cada paso, desde el inicio de la entrevista hasta la decisión final de enviar a casa con compromisos o dejar hospitalizado al paciente. El médico debe ser firme y seguro de lo que propone y por qué lo hace para no aumentar las dudas y la sensación de ambivalencia que podrían preceder a una admisión en una sala de observación o, más aún, en una sala de hospitalización. Otro de los aspectos que es importante a evaluar es la del riesgo de suicidio, de agresión hacia sí o hacia terceros, de salidas sin autorización médica y la responsabilidad de los adultos frente a una salida voluntaria o al no seguir las indicaciones de los médicos.

Aún cuando se trate de una intervención corta y dirigida es deber del médico evaluador educar al paciente y sus familiares sobre la patología que presenta el primero, por qué es necesaria la atención especializada por un psiquiatra de niños y adolescentes, y las razones por las que el chico debe permanecer en el cuarto de urgencias o en una sala, así como las implicaciones que derivan de esta decisión.

Debe tenerse en cuenta el impacto que se puede generar en los que acuden al cuarto de urgencias cuando se les informa que serán evaluados por un psiquiatra y sobre todo cuando el sujeto de tal evaluación es un niño o un adolescente, por lo que es necesario que el médico que hace la referencia haya explicado sus motivaciones para esta consulta y aún así el especialista debe ir preparado para la tensión que esto agrega a la condición en que se encontrarán sus futuros consultados.

Una vez que se hayan seguido todos los pasos en la forma adecuada estamos frente a la decisión final de darle salida, referirle a un nivel ambulatorio de atención, que permanezca en observación o que sea conducido a una sala de hospitalización.

Clasificación de las urgencias en psiquiatría pediátrica.

El riesgo de una urgencia se mide en función de varios aspectos como lo son:

- Que el paciente presente una condición mental que le lleve a hacerse daño a sí mismo o a terceros
- Que requiera de una vigilancia estricta por el personal o los familiares.
- Que amerite un fármaco inmediato para su estabilización.

De esta forma podríamos clasificar las urgencias en Psiquiatría pediátrica en:

1. Condiciones urgentes.
2. Condiciones de grado relativo.
3. Condiciones no urgentes.

Constituirán urgencias de alto riesgo las que reúnan las características arriba mencionadas, entendiéndose que todo paciente menor de edad que acude al cuarto de urgencia se considera de riesgo pero que los criterios se basan en una atención de prioridad en el tiempo y en la toma de decisiones. Tal es el caso de los intentos de suicidio, las psicosis, los pacientes agresivos, los trastornos severos de comportamiento, y los pacientes con altos niveles de ansiedad producto de crisis severas de ansiedad generalizada, pánico o estrés postraumático.

Son condiciones de grado relativo las que ameritan una atención por el especialista, pero podrían necesitar otras evaluaciones previas o bien ser diferidas para reevaluación en mejores condiciones que las que ofrece un área critica. Entre estas podemos incluir los abusos físicos y sexuales, la depresión, el abuso de drogas o alcohol sin psicosis, estados conversivos, los trastornos de conducta, trastornos mentales con factores desencadenantes de difícil manejo por los padres o la escuela, las intervenciones en crisis en situaciones de catástrofes, invalidez, enfermedades graves o muerte. Es importante señalar dentro de este grupo a los trastornos alimentarios que no se acompañen de trastornos electrolíticos u otras patologías asociadas, las que constituirían un grado de prioridad mayor para la intervención de otros especialistas previas a la del psiquiatra.

Ciertamente, algunas de las condiciones consultadas no requieren evaluación a nivel de un cuarto de urgencias sino una referencia para manejo ambulatorio especializado. Sin embargo, todo paciente que llegue solicitando atención a un área de este tipo deberá, si se cuenta con el recurso, contar con una consulta al especialista en cuestión antes de darle la salida.

Patologías urgentes:

- **Paciente con historia de intento de suicidio**

Es la más frecuente de las consultas en el cuarto de urgencias sobretodo en el grupo adolescente. No siempre es producto de una depresión, de hecho muchos de los pacientes que hospitalizamos por esta causa cursan con una depresión leve o sin ella. Algunos pacientes llevan a cabo el acto de intento de suicido por otras motivaciones y la mayoría lo hace en una forma impulsiva, producto de angustias asociadas a discusiones, temores o dificultades con su red de apoyo. Otros en cambio lo hacen bajo un estado psicótico o de toxicidad por drogas o alcohol.

Cuando nos encontramos frente a un menor que ha tomado esta decisión debemos considerarlo muy en serio independientemente de que las razones nos parezcan sin bases sólidas o manipuladoras, pues cualquiera sea la razón, es la forma como el menor refleja estar confrontando algún problema y cómo manifiesta su incapacidad para encontrar formas más apropiadas de solución a los conflictos.

Son criterios que aumentan los riesgos en estos pacientes la falta de un sistema de apoyo social, la premeditación o los intentos previos. También lo son el estado de ánimo con que llegue el paciente en términos de depresión, desesperación, psicosis, alteración del juicio, la presencia de otras patologías que hagan percibir al paciente una realidad insostenible, la historia familiar de suicidios, pérdidas en su entorno y la forma como se llevó a cabo el gesto, sobretodo si fue a solas y sin solicitar ayuda. En cuanto al tipo de acto, si el arma utilizada es de fuego o una horca será más significativo clínicamente que una lesión en las muñecas o la ingestión de algunas pastillas, aún así estas últimas acciones deberán tomarse con igual seriedad que las primeras.

Al momento de evaluar el paciente con ideación de suicidio debemos considerar el grupo de edad al que pertenece y, por lo tanto, el tipo de pensamiento que forma parte de la etapa del desarrollo en que se encuentre. Difícilmente encontraremos pacientes de edad preescolar que presenten esta condición. Debemos tener en cuenta el aprendizaje de la conducta cuando un pequeño de estas edades nos hable de su deseo de morir, pues en este período los conceptos de muerte están basados en criterios de irreversibilidad y cargados de mucha fantasía. De igual modo, es poco frecuente encontrar pacientes con intentos de suicidio escolares en los cuartos de urgencia y de haberlos, estos carecen, por lo general, de una premeditación y son el resultado de actos impulsivos derivados de temores, o de angustias. Otras veces se asocian a problemas familiares, o a la sensación de falta de apoyo y son una forma inadecuada de solicitarlo o se convierten en la forma de manifestar que se sienten queridos “no queridos” o “solos”.

En la práctica clínica se observa que el grupo que con más frecuencia consulta por esta causa es el que supera los 12 años y, en general, son las mujeres las que presentan las conducta de suicidio, pero al igual que en otros grupos de mayor edad, son los varones los que se suicidan en mayor número, habiéndose observado que son los que usan métodos más agresivos. En este grupo de edad el concepto de muerte ya tiene una base real pero las motivaciones para llegar a ella son muchas veces producto de la necesidad de evadir una realidad inminente, como lo es un castigo, un problema escolar o legal, o la ruptura de una relación afectiva real con un amigo, o no real pero percibida con un progenitor o tutor. Por lo que la mayor parte son actos impulsivos, desesperados y sin meditación de las posibles consecuencias físicas o emocionales que de estos puedan derivarse. Otros son debido a que el adolescente presenta muy baja autoestima, o padece de condiciones crónicas tales como enfermedades físicas o mentales propias o familiares o situaciones de abuso o violencia.

Al evaluar al paciente que acude por intento de suicidio debemos considerar el ambiente en el que lo entrevistamos. El mismo debe proveer la seguridad física para evitar nuevos intentos y emocional para que el paciente pueda expresar sus motivaciones y sentimientos con respecto a lo ocurrido, procurando no dejarlo solo en

ningún momento. Es importante evaluar tanto a los padres como a los pacientes en forma separada para poder tener una idea más completa de las cosas y permitir la fluidez de emociones libre de la influencia de unos sobre otros. Es importante que en esta primera consulta no se trate al paciente en una forma que pueda ser interpretada ni por éste ni por sus familiares como de rechazo por las acciones cometidas. No debe juzgarse, ni castigarse, ni cargarse de culpas a ninguna de las dos partes, por el contrario, debe proveerse un ambiente seguro, de apoyo y de intención de ayuda a la solución de los conflictos. Es necesario que se realicen intervenciones individuales con cada grupo y si las condiciones lo permiten, realizar una intervención en conjunto a fin de ir disminuyendo los sentimientos de culpa, las distorsiones que ambos tengan sobre el acto y sus motivaciones y de ir facilitando la comunicación entre los afectados.

Es importante que no se inicien tratamientos farmacológicos hasta establecer claramente los criterios de enfermedad que exigen el uso de los mismos.

El paso que sigue es el de tomar la decisión de si deberá permanecer hospitalizado o no. Una norma en nuestro servicio de psiquiatría de niños y adolescentes es que estos deberán permanecer hospitalizados seguido el intento ya sea en una sala especializada o en observación, a fin de establecer mejores criterios de riesgo y facilitar intervenciones inmediatas, intensivas y consistentes a nivel individual y de familia. Sin embargo existen criterios para decidir cuál deberá ingresar a la sala en las siguientes horas como lo son la percepción de que existe un problema real que amerita atención y seguimiento, la necesidad de proteger al paciente, la presencia de patologías previas, el potencial de autolesión del paciente, la historia de intentos previos, la ausencia de empatía o capacidad de contención familiar frente a la situación presentada, la existencia de varios factores de riesgo social o emocional en el menor. Serán estos los criterios que servirán de marco para iniciar a nivel hospitalario la atención de este paciente. Si se toma la decisión de enviar a casa ésta debe acompañarse de un compromiso por parte del responsable del menor de darle seguimiento a nivel profesional en forma ambulatoria tan pronto como sea posible, y debe entregársele una referencia de lo ocurrido para enterar al facultativo que seguirá el caso de lo que se realizó durante su permanencia en el hospital y los tratamientos ofrecidos. Una copia de ésta deberá reposar en el expediente clínico del paciente.

- **Paciente psicótico**

Las psicosis son poco frecuentes en nuestra población por edad y casi inexistentes en edades preescolares o escolares. Cuando se presenta en el cuarto de urgencias un paciente con cuadros compatibles con psicosis, que reúnan en su fenomenología, la conducta desorganizada, los trastornos del pensamiento y las alucinaciones, deberá establecerse claramente la etiología a fin de establecer el diagnóstico diferencia inicial entre un delirio de características orgánicas o una enfermedad mental en progreso.

Las causas de psicosis orgánicas son múltiples y a menudo son fácilmente identificadas con exámenes especiales pero deben tenerse en cuenta para poder descartarlas. Hay causas neurológicas, metabólicas, endocrinas, infecciosas, quirúrgicas, medicamentosas, por intoxicación, deficiencias o abstinencias entre otras. Todas estas causas pueden comprometer la vida del paciente por lo que es preciso descartarlas antes de considerar al mismo como un enfermo mental.

La diferencia principal entre ambas entidades, el delirio y la enfermedad mental con psicosis, radica en la alteración de las funciones cognoscitivas, básicamente la

atención y la orientación, el compromiso del estado de alerta, que tiende a ser fluctuante, y la aparición generalmente brusca de las primeras.

A nivel de la atención de urgencias no se precisa muchas veces definir el diagnóstico de la enfermedad mental del paciente. Es importante establecer si hay o no un cuadro psicótico y tratar en función de esto. Casi la totalidad de los casos nuevos ameritará una hospitalización a fin de esclarecer entidades nosológicas y de iniciar tratamientos acertados.

Al atender a estos pacientes es prioritario utilizar ciertas medidas de seguridad tanto para el paciente como para el personal, el cual no debe permanecer a solas con el enfermo. Si el paciente representa, por su estado de agitación psicomotora, por su alteración del pensamiento o el contenido de sus alucinaciones, un peligro para sí mismo o para terceros, se deberá considerar la restricción mecánica y farmacológica del mismo.

Es imprescindible una historia clínica con los datos sobre el paciente y el cuadro clínico que presenta. Es de interés anotar si hay antecedentes familiares de enfermedad mental y la condición premórbida del paciente o si ha presentado cuadros previos y cómo han sido tratados y si ha manifestado reacciones adversas a los tratamientos recibidos previamente.

En el manejo inicial con estos pacientes debemos entender el temor que presentan y debemos mantener una postura que le provea tranquilidad y seguridad, y sin confrontaciones, ayudarlo a orientarse en el lugar y lo que está ocurriendo a su alrededor en un marco de orden que promueva confianza pero con límites, lo que a su vez mejorará la relación con el paciente y le ayudará a reorganizarse mejor.

Como parte del abordaje debemos informarle a los acompañantes, la condición del paciente y los pasos que vamos a seguir. Siempre resulta más fácil y efectivo el tratamiento si logramos convencer al paciente y a sus padres de que su estado no es de beneficio para sí mismo y que estamos dispuestos a ayudarlo a lograr un estado más confortable así como señalar las ventajas de permanece en un lugar más tranquilo y protegido hasta alcanzar ese fin. Siempre se debe reconocer que no es una decisión fácil pero sí necesaria, que entendemos el sufrimiento que la situación genera y que deseamos aliviarla. No resulta fácil enfrentarse a un paciente menor con características psicóticas, hay muchas dudas, miedo, e impotencia por parte del paciente que abarca también a sus familiares y más allá de ellos a gran parte del entorno por lo que es parte del trabajo médico en el cuarto de urgencias disminuir las aprensiones a fin de lograr más cooperación para así realizar una labor mejor y más efectiva.

Otro aspecto importante son las restricciones. Estas pueden ser físicas o farmacológicas. La restricción física debe hacerse con mucho cuidado, ya que la intención es de proteger al paciente y no de lesionarlo. La mayor parte de los pacientes que llegan en este estado son adolescentes, por lo que son más desarrollados y fuertes y requerirán de varias personas, unas 4 o 5, para su sujeción, cosa que no siempre es factible en nuestros cuartos de urgencias. Siempre debe haber un miembro del equipo visible hablándole al paciente, explicándoles porqué se está procediendo de esta forma y tratando de acompañarlo en este momento de impotencia y pérdida de control. Se debe mantener la cabeza ligeramente elevada para disminuir la sensación de indefensión y las extremidades deberán detenerse firmes a la cama, las inferiores separadas y los miembros superiores colocados uno a un costado de la cabeza y el

otro a un lado del cuerpo permitiendo acceso a posibles canalizaciones de las venas, alternando cada cierto tiempo las posiciones.

Cuando el paciente esté tranquilo aún cuando siga con su cuadro psicótico, se podrá proceder a soltarlo. Nunca deben apretarse demasiado ni dejar un solo miembro sujetado pues esto ocasionaría lesiones graves.

La restricción farmacológica en caso de agitación psicomotora importante se lleva a cabo con antipsicóticos generalmente por vía parenteral en su inicio que posteriormente se irán reemplazando por medicamentos de consumo oral. Las otras elecciones de medicamentos se harán según la patología del paciente posteriormente.

- **Paciente agresivo**

No son infrecuentes los casos de chicos que son llevados al cuarto de urgencias por presentar conducta agresiva. Cuando se trata de niños pequeños debemos considerar que se ha desarrollado un proceso de aprendizaje o de imitación ya que el niño a estas edades copia la conducta que observa a su alrededor. Con frecuencia se trata de niños que viven en un medio violento o con compañeritos que resuelven los conflicto a través de los golpes pues, a su vez, también lo aprendieron en su entorno.

Es común que el aprendizaje de la agresión esté relacionado con una dinámica familiar disfuncional entre adultos o dirigida hacia los hijos en la que el mensaje enviado es que a través de este medio se consigue lo que se quiere de los demás, como objetos, conductas específicas o atención. El niño observa que el miembro violento consigue una ganancia y ejecuta este mismo patrón para obtener las propias, repitiéndolo en creciente frecuencia e intensidad hasta hacerlo parte de su comportamiento.

En los niños de edades escolares un factor de riesgo agregado es la accesibilidad a programas televisivos y juegos electrónicos de contenido violento. Es común que estos chicos pasen horas expuestos estímulos nocivos y a temas inadecuados sin supervisión ni orientación.

Estos patrones de comportamiento aprendido tiende a traducirse en alteraciones en las relaciones interpersonales, problemas en el rendimiento escolar y dificultades en el desarrollo de sus habilidades y, finalmente, en el rechazo por terceros y, por consiguiente, aceptación por pares que, como ellos, presentan conductas inadaptadas y con la potencialidad de transformarse en un trastorno de conducta en el futuro.

Son sin duda los adolescentes los que llegan con mayor frecuencia a un cuarto de urgencia por presentar niveles altos de agresividad y menor capacidad de control por los padres. Es propio de este grupo presentar mayor irritabilidad. Esta es una característica común a la mayoría de sus condiciones clínicas psicológicas y aparece como un reflejo de sentimientos de infelicidad, inseguridad, temor, frustración o dificultad en el desarrollo de sus actividades rutinarias y sociales que si no se atiende a tiempo podrá generar en agresividad franca, la que muchas veces utiliza como medio para reaccionar ante una situación que no puede manejar o como forma de demandar la atención.

Estos pacientes son en mayor proporción varones y juega en ellos un papel relevante el coeficiente intelectual bajo pues estos chicos tienen menor capacidad introspectiva

que les permita evaluar adecuadamente las consecuencias de sus acciones así como un mayor grado de impulsividad asociado.

Otros factores que aumentan el riesgo de presentar una conducta agresiva son el uso de drogas o alcohol y la presencia de enfermedades con alteración del juicio o los pacientes con historia de maltrato físico o abuso sexual.

Al momento de evaluar a un paciente en esta condición debemos considerar los riesgos que este estado representen para sí mismo, para sus familiares o para el personal de salud. Los pacientes en este estado generan mucha tensión en estos últimos quienes, en ocasiones, se tornan muy asustados y toman medidas extremas que a veces no son necesarias como lo son las restricciones físicas o químicas apresuradas sin conocer a fondo el diagnóstico y sin haber agotado otros recursos.

La decisión de restringir al paciente dependerá del grado de falta de control y agitación física y de la posibilidad de abordar al paciente a través de la palabra.

El tratamiento farmacológico, dependiendo la situación que provoca la agresividad, generalmente, es a base de tranquilizantes menores y mayores, es decir, ansiolíticos o antipsicóticos respectivamente.

Al igual que en las otras condiciones clínicas es importante que el familiar conozca la estrategia terapéutica que se utilizará con el enfermo.

- **Trastornos severos del comportamiento**

Los trastornos severos del comportamiento ameritan tratamiento a nivel de urgencias cuando la condición es extrema y se presentan conductas de riesgo tanto para el paciente como para sus cuidadores.

En el caso de los preescolares y escolares pueden deberse principalmente a un aprendizaje de patrones desadaptativos, como en el caso de los niños destructores u oposicionistas, o al resultado de un abordaje inadecuado en pacientes con patologías como el autismo, el retardo mental o la hiperactividad en el que se suma la falta de cooperación del paciente por su condición mórbida así como los sentimientos de impotencia y frustración de unos padres que muchas veces manejan sentimientos de culpa, han sido mal orientados o desconocen a fondo la enfermedad que aqueja a sus hijos.

Los adolescentes, además, presentan otras condiciones entre las que están los actos violentos. Los factores de riesgo más frecuentes incluyen la deserción o el fracaso escolar, la situación socioeconómica comprometida, la disfunción familiar, la existencia de miembros violentos en la familia, los pares delincuentes y el abuso de drogas y alcohol.

La atención con frecuencia resulta frustrante ya que el paciente se torna poco colaborador, retador, oposicionista o negativo lo que hace más difícil entender el problema. Es común encontrar que son poco empáticos, con altos niveles de impulsividad y baja tolerancia a la frustración y son frecuentes las historias de arranques explosivos de cólera con consecuencias serias en el entorno.

A menudo estos chicos ya han sido estigmatizados y desconfían de los sistemas de apoyo social y de salud. También sus padres están agotados, con sentimientos de impotencia y desesperanza lo que disminuye su comprensión y, por lo tanto, su colaboración y muchas veces agudiza más el cuadro.

Si el paciente reúne los criterios de hospitalización deberá ser internado, y si presenta cuadros de agresividad se procederá de igual modo que con cualquier paciente agresivo, teniendo en cuenta que dependiendo de los factores de riesgo y la historia previa a su evaluación es probable que se requiera la intervención de otras entidades no médicas, como lo son las organizaciones estatales sociales, ejecutivas y judiciales.

Una de las tareas del médico que recibe a este tipo de paciente es la de crear conciencia de que se trata de un problema complejo que requerirá la participación de todos.

- **Pacientes con crisis de ansiedad**

Es necesario hacer énfasis en que los trastornos de ansiedad que constituyen urgencias de alto riesgo son aquellos en que el paciente presenta una inestabilidad motora, somática y cognitiva severa que le impide mantener el control, que por lo tanto genera una situación similar en su entorno. En la Psiquiatría de niños y adolescentes estas son la crisis de ansiedad generalizada, la crisis de pánico y el síndrome de estrés postraumático principalmente.

En el manejo del paciente ansioso en el cuarto de urgencias es importante establecer algunos criterios básicos que nos permitan diferenciar un grado normal de ansiedad ante las situaciones que vive el paciente y una condición realmente patológica que amerite un tratamiento inmediato e inclusive una hospitalización.

Uno de los aspectos a considerar es si hay causas médicas no psiquiátricas con la situación de ansiedad, las que deberán ser descartadas antes de consultar con el psiquiatra. Entre las causas de carácter médico que podrían confundir el diagnóstico con un trastorno de ansiedad generalizada están las de origen neurológico, como lo es la epilepsia temporal, la acatisia, tumores intracraneales, y las encefalopatías, entre otras. Las causas cardiorrespiratorias que incluyen el asma y las arritmias. Las de tipo endocrinológico y metabólicas como por ejemplo los trastornos tiroideos, el hiperparatiroidismo, la hipoglicemia, las anemias y las alteraciones hidroelectrolíticas y entre estas una especial atención merecen el síndrome premenstrual en pacientes adolescentes, las dietas excesivas y el uso de drogas.

Del mismo modo que enfermedades orgánicas se pueden confundir con la ansiedad, ésta, a su vez, puede mimetizar enfermedades orgánicas, además de acompañar a otras enfermedades complicando más el cuadro o hasta enmascarándolo.

Cuando nos acercamos a un paciente con ansiedad en el cuarto de urgencia debemos entender la terminología que nos presenta. A menudo habla indistintamente de angustia, ansiedad y miedo para referirse a lo mismo. Como intérpretes del lenguaje del enfermo entendemos que aunque las palabras tengan un significado diferente en su lenguaje, tratan de transmitir que existe una situación de temor

importante con causa real o creada que afecta la totalidad de su ser y las funciones que debe libremente ejecutar como lo son las académicas, sociales y familiares.

La ansiedad que es el término médico de la patología que queremos manejar en este caso, se trata de una alteración en el ánimo que abarca todo el individuo, tanto las perspectivas subjetivas y como las objetivas y se debe a una sensación de constante peligro, cuya causa es desconocida y proviene de un estímulo interno a diferencia de la angustia o el miedo, este último ampliamente utilizado por los niños, que tienen su causa en verdaderas situaciones externas.

La ansiedad afecta al individuo en su totalidad. De esta forma compromete sus estados cognitivos, afectivos y de conducta y se manifiesta físicamente con claras alteraciones del sistema nervioso autónomo que se reflejan en síntomas somáticos.

Los síntomas somáticos abarcan casi todos los sistemas, cardíaco, respiratorio, digestivo, urinario, circulatorio y afecta funciones motrices, sensoriales, de lenguaje, el sueño y la alimentación entre otros. Afecta sus respuestas emocionales frente al ambiente de la misma forma que altera las área cognitivas comprometiendo el nivel intelectual, el rendimiento y la capacidad de organización del paciente lo que hace más difícil la relación con su entorno, llegando a niveles de alteración tan elevados que no es posible manejarlos en forma ambulatoria ni con los controles convencionales, obligando a una hospitalización a fin de devolverle la estructura al mismo.

La ansiedad patológica se determina por la intensidad, duración y conducta generada, esta última en función de la respuesta frente a las demandas de la vida diaria.

Con frecuencia al enfrentarnos a un paciente ansioso observamos que el resto de sus acompañantes comparten el mismo estado, lo que requiere que la intervención abarque a todo el núcleo, es decir, paciente y familiares, con el objeto de que puedan entender lo que sucede y puedan cooperar en forma efectiva en el plan que se establecerá para el paciente.

Para el médico de urgencias es necesario diagnosticar en forma general si se trata o no de un estado de ansiedad de características psicógenas antes de consultar al especialista. Para el psiquiatra es importante definir qué tipo de patología presenta el paciente y si amerita o no una hospitalización. Consideramos las más urgentes, la ansiedad generalizada, la crisis de pánico y el síndrome de estrés postraumático.

Una vez que se establece el diagnóstico, un paso muy importante tanto para el paciente como para su familiar o acompañante, es reconocer que está sufriendo el trastorno y darle la relevancia que el mismo merece y no minimizarlo, pues esto disminuye la confianza del paciente y aumenta los síntomas de temor y la sensación de contención que el paciente en este estado necesita, esto va unido a medidas inmediatas de modificación de conducta que se irán estructurando más conforme el avance el tratamiento. Es necesario, también, la administración de un ansiolítico, siendo las benzodiacepinas los medicamentos de preferencia en el manejo de la crisis y a nivel del cuarto de urgencias. Lógicamente, una vez que se establezca la entidad psiquiátrica precisa se incluirán otros tratamientos, muy probablemente los antidepresivos, ya en sala o a nivel ambulatorio según sea el caso.

Criterios de Hospitalización

Luego de una evaluación completa del caso y de haber establecido las consideraciones diagnósticas procede la decisión de referir u hospitalizar. Los criterios de hospitalización en una sala de atención en psiquiatría pediátrica incluyen:

1. Atención de las condiciones de prioridad urgente.
2. Observación de los pacientes a fin de esclarecer el diagnóstico.
3. Realización de estudios especiales.
4. Administración de nuevos tratamientos bajo supervisión.
5. Protección de los pacientes en un ambiente estable y seguro.
6. Separación temporal del entorno.
7. Solicitud de una instancia judicial.

La hospitalización es un recurso clínico con fines diagnósticos y terapéuticos y no debe utilizarse como medida de castigo. Debe tenerse especial cuidado en no caer en el "hospitalismo", término acuñado por Spitz para describir a los niños que eran separados de los hogares e internados por largos períodos y usado actualmente para referirse a los pacientes que permanecen por mucho tiempo hospitalizados, aún cuando los criterios para ello ya han sido satisfechos, o bien cuando el reingreso frecuente al hospital se ha convertido en la solución a los conflictos sociales o familiares por falta de un adecuado manejo por parte de los familiares responsables del niño o adolescente afectado.

La decisión de hospitalizar debe llevarse a cabo cuando existen los criterios pertinentes para ello, por un tiempo prudente y teniendo claro los objetivos que pueden ser: de diagnostico, inicio de tratamientos, observación por periodos cortos, o atención de situaciones criticas, y que una vez que se logren, el paciente deberá ser referido para su seguimiento y control ambulatorio.

Capítulo 24

PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA DE ENLACE

La Interconsulta en Psiquiatría Infanto-juvenil

Las investigaciones realizadas con niños y adolescentes hospitalizados en unidades pediátricas demuestran que un gran número de estos pacientes presentan alteraciones psiquiátricas o problemas psicosociales que afectan la evolución de sus patologías y los tratamientos establecidos por los médicos tratantes. Los estudios también revelan que un gran porcentaje de estos pacientes, así como sus familiares, se benefician con el apoyo por parte del médico psiquiatra pues la coexistencia de enfermedad pediátrica y psiquiátrica hace más difícil su manejo lo que se traduce en una evolución tórpida y por lo tanto más prolongada.

Las modalidades de interconsulta en psiquiatría van desde simples recomendaciones por parte del especialista en salud mental hasta verdaderas

intervenciones en la toma de decisiones como parte de un equipo que pasa visita conjunta con el médico a cargo del caso.

A lo largo de la historia, son varios hechos los que parecen haber alejado a la psiquiatría del resto de las disciplinas médicas y uno de ellos, tal vez, haya sido el uso de la palabra *enlace* para referirse a la "interconsulta" que es el término utilizado para el resto de las especialidades. Por ello, tanto en la práctica diaria como en los libros de consulta vemos capítulos dirigidos a la psiquiatría de enlace y no así a la interconsulta en psiquiatría.

La definición de la palabra enlace hace alusión a una persona que media la comunicación entre otros o que mantiene la relación entre personas dentro de una organización, lo que nos hace pensar que el psiquiatra tiene como función traducir lo que las partes no entienden entre sí o ser un conciliador o un nexo entre ellas. De hecho, el término también significa unir con lazos. Por otra parte, la interconsulta se refiere al intercambio entre profesionales para resolver una cosa o bien, poner a consideración de otro una duda o un caso, lo que consideramos más apropiado al referirse a la intervención que lleva a cabo un especialista, y en este caso, el psiquiatra de niños y adolescentes, al evaluar un paciente en las salas de atención médica.

A lo largo del capítulo se desarrollará el tema desde la perspectiva de la interconsulta y con la intención de establecer aspectos específicos de las mismas que ayuden tanto al que hace la referencia como a quien la contesta a fin de facilitar y hacer más efectivo el proceso.

- ❖ <u>El proceso de la interconsulta</u>

El proceso de interconsulta se inicia en el momento en que un profesional se encuentra con aspectos de la patología o inherentes a la dinámica interna o familiar del paciente que representan una dificultad para llevar a cabo su estrategia diagnóstica o terapéutica y requiere el apoyo de otro colega para poder seguir adelante con el plan trazado.

El proceso consta de cuatro fases principales:

- Establecer la necesidad de la interconsulta
- Realizar la interconsulta
- Evaluación por el interconsultor
- Respuesta del interconsultor

<u>Establecer la necesidad de la interconsulta</u>.

En los hospitales generales encontramos una resistencia por parte de los médicos tratantes a realizar interconsultas a los especialistas en psiquiatría y, paradójicamente, esto ocurre en mayor grado cuando se trata de unidades sometidas a gran tensión como lo son las salas de cuidados intensivos y las quirúrgicas, lo que denota un modelo de aprendizaje desde la formación del médico orientado hacia la curación enfocado en el aspecto exclusivamente físico y desconociendo la influencia que tiene el elemento psicológico en la evolución y mejoría del paciente, principalmente, en el caso de la población infanto-juvenil en la que el conocimiento de los procesos de desarrollo es determinante para un mejor manejo.

Es importante que los médicos que tratan al niño establezcan la necesidad de realizar una interconsulta al paidopsiquiatra. Con frecuencia esto ocurre en una etapa tardía de la hospitalización cuando ya ha pasado un tiempo importante de investigación de la patología o de administración de tratamientos, el paciente y sus familiares están agotados, impotentes o desesperados y la adherencia a la terapéutica empieza a resquebrajarse. A esto se suma un incremento en la frustración por parte del personal de salud ante la dificultad en establecer un diagnóstico acertado o por la pobre respuesta que tienen los pacientes frente a las intervenciones que se llevan a cabo.

Para poder realizar una solicitud a tiempo y adecuada el facultativo debe conocer cuáles podrían ser los posibles factores que constituirán un riesgo al enfermar psíquico o un nivel de complejidad mayor al momento de atender a sus pacientes. Entre los más comunes tenemos:

- La edad del paciente. El médico estará frente a situaciones distintas según el proceso de desarrollo que viva el paciente y con frecuencia la edad, si es poca, es un factor limitante para entender los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados, o en el caso de los adolescentes puede constituir una verdadera fuente de conflicto para sí o para terceros en las salas de hospitalización.

- El diagnóstico. Si este es ambiguo y requiere de muchos exámenes, sobretodo aquellos que son invasivos y toma mucho tiempo en definirse o es errático o por el contrario si está dirigido en un sentido de gravedad.

- Hospitalizaciones múltiples. Significarán un trauma cada vez que se realicen y serán más frustrantes y más difíciles de aceptar las veces subsiguientes. En este grupo se incluyen las enfermedades crónicas que con frecuencia requieren tratamientos y hospitalizaciones que limitan las funciones rutinarias de los chicos.

- El estado premórbido del paciente y la preparación inadecuada para afrontar una hospitalización. No es igual un paciente que súbitamente le dicen que será intervenido quirúrgicamente u hospitalizado por una situación grave y que hasta hace poco gozaba de una salud aparentemente estable que un paciente que sabe que presenta una condición limitante que amerite ser tratada. Es importante preparar adecuadamente al paciente para que pueda entender los pasos que conlleva el estar hospitalizado y las posibles complicaciones sociales, académicas y personales que de esto se derivan. De igual modo, es importante establecer si el paciente o sus cuidadores padecen una enfermedad mental previa que haga más difícil el entender la patología actual y los cuidados requeridos para atenderla.

- Historia de disfunción familiar. Es evidente en la práctica clínica que aquellos pacientes que provienen de hogares disfuncionales presentan mayor dificultad en el manejo de sus patologías de base. Con frecuencia el niño se convierte en el arma de pelea entre los padres y sus cuidados en motivos de reclamo y de inferencia de culpas siendo finalmente abandonados en su angustia y sus necesidades afectivas. Otras veces el niño o adolescente utiliza su patología como medio para conseguir la atención de ambos padres o inclusive para

mantenerlos juntos si están separados, prolongando su estado mórbido o hasta empeorándolo.

- Procedencia del paciente. Cuando se trabaja a nivel de especialidades por lo general éstas se concentran en los hospitales generales de las ciudades principales del país, lo que significa que los niños son alejados de sus entornos familiares, escolares y sociales. Esto genera una irrupción en los procesos naturales de desarrollo que afectan directamente al niño y que se agravan más cuando la familia nuclear no puede acompañarle, sobretodo se trata de hospitalizaciones o procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos. Es importante considerar si el paciente ha sido trasladado de otro centro hospitalario sin una preparación adecuada lo que podría asustar al niño y aumentar sus fantasías de gravedad frente a su diagnóstico o pronóstico. Otra fuente importante de referencia son las instituciones escolares o judiciales. Son estas últimas las que más crisis generan tanto en el paciente como en la familia pues, no sólo están ante la evolución de una enfermedad sino también frente a la expectativa de una decisión judicial con respecto al futuro del paciente.

En ocasiones el no pensar en la consulta responde al desconocimiento de los alcances de la psiquiatría de niños y adolescentes por parte de los colegas. El abordaje en esta especialidad es integral, y la evaluación incluye un conocimiento de la patología de fondo, de los cambios que ésta genera en el paciente física y psicológicamente y en su entorno familiar y social y de las repercusiones a nivel escolar o legal por lo que nuestra intervención convoca a todas las partes pertinentes y da alivio psicoterapéutico y farmacológico al paciente y, directa o indirectamente, a quienes constituyen su red de apoyo. Esto, a su vez, significa una mayor aceptación del proceso mórbido y de sus consecuencias.

En algunos casos el pediatra o médico tratante se siente involucrado con los pacientes o sus familiares y le cuesta manejar los problemas emocionales que se derivan de la condición del paciente y recurren al psiquiatra con la finalidad de que sea éste quien le de el diagnóstico o le informe el tratamiento que se decidió para el paciente. No es correcto que quien no conoce a los involucrados en el dolor de una patología difícil sea el informante de esta. Debemos alentar al colega a que de su diagnóstico y en este proceso podemos acompañarlo de forma tal que se establezca una relación entre afectados y consultor a fin de fortalecer la confianza y el apoyo sea más efectivo.

Realizar la interconsulta.

La interconsulta empieza con una referencia que hace el médico tratante dirigida al psiquiatra de niños y adolescentes con el fin de que este último coopere en el manejo de un niño o sus familiares.

Las referencias deben ser claras y precisas. Todas estas deben incluir:

- El nombre del paciente. Esto para psiquiatría es vital pues no nos referimos a los pacientes como la patología o la cama tal, sino con su nombre de pila y a la inversa, es curioso observar a los colegas entrando a las salas de psiquiatría infantil preguntando por la cama en que está el paciente y su sorpresa al descubrir que no hay marquillas con números o patologías inscritas. El iniciar la

entrevista llamando al chico por su nombre establece las bases para el raport el cual es importante en el trato con nuestro futuro paciente.

- La edad y sexo del paciente. Esto permite hacer una serie de inferencias basadas en el conocimiento del desarrollo evolutivo del paciente, sobretodo, desde el punto de vista cognitivo y emocional que ayudará a una aproximación más acertada de cómo entiende el paciente lo que le ocurre y cómo se le puede asistir en función de ello.
- El motivo de consulta. Llama la atención que a los médicos les cuesta establecer claramente para qué requieren el apoyo por parte del especialista psiquiatra, cosa que no ocurre con otras disciplinas, lo que pudiera deberse a un desconocimiento de las patologías en este campo o, por otra parte, a la angustia en la que el propio tratante está inmerso producto de la dificultad que le genera el manejo del menor en su unidad. Esto debemos entenderlo y en la medida de las posibilidades ser una fuente de enseñanza para el primero y una contención para el segundo.
- La fecha en que se solicita.
- El lugar en que se encuentra el paciente. Saberlo ayuda a elaborar algunas hipótesis sobre su entorno y sus posibles reacciones al mismo.
- El médico que pide nuestra intervención. De esta forma se puede llevar a cabo una relación más estrecha entre colegas con el propósito de discutir las posibles alternativas de diagnóstico y tratamiento de una forma más directa así como participar en la propuesta de planes.
- El tiempo que lleva el paciente de estar hospitalizado y los posibles diagnósticos así como la evolución y los tratamientos recibidos también son de utilidad para ir estableciendo lo que ha vivido el paciente desde que se enfermó o bien desde que se admitió en la sala y poder entender su experiencia y cómo la percibe lo que será de gran utilidad a la hora de la intervención.

El que realiza la consulta debe conocer los criterios de urgencia y rutina establecidos para las mismas y de esta forma señalar según la gravedad del caso la brevedad con que quiere que sea contestada y no por otras razones como, por ejemplo, un preoperatorio que debió ser planeado con tiempo o el inicio de un tratamiento para un diagnóstico conocido previamente o la inminencia de la muerte de un paciente cuyo pronóstico era esperado. De esta misma forma, debe saber qué desea del consultor, es decir, si lo que desea son recomendaciones, que coopere con su tratamiento y el manejo del paciente o que se haga cargo a través de un traslado de sala o asuma a partir del momento la responsabilidad del caso.

Antes de enviar la referencia el médico tratante debe informar tanto al paciente como a sus familiares que otro facultativo formará parte del equipo de consultores que los atenderá con la finalidad de facilitar la entrada de este último en el proceso terapéutico y que no se rechace esta ayuda ya que con frecuencia las personas tienen dudas o desconocimiento de lo que significa ser examinados por un psiquiatra y esto les genera una aprensión que no permite la buena relación necesaria para ayudar a los afectados.

Evaluación por el interconsultor.

La evaluación por el paidopsiquiatra debe ser hecha con prontitud y proveer el apoyo y los tratamientos necesarios para facilitar el proceso que desarrolla el médico consultor.

Existen factores que facilitan la entrevista y la atención del paciente por el psiquiatra como lo son:

- El hecho de verlo desde una perspectiva más objetiva al no
- estar involucrados directamente en el manejo de la patología de fondo.
- El no formar parte de un equipo muchas veces cansado o frustrado que debe responder a las excesivas demandas de padres y pacientes en los mismos estados de ánimo.
- El poder decidir las citas que con ellos sin la presión a la que se ven expuestos los colegas.
- El contar con una formación integral que permite tener una visión más amplia del paciente en un contexto biopsicosocial y portar el conocimiento de las etapas del desarrollo infantil y del adolescente que ayuda a entender más sus necesidades y la percepción de lo que le sucede.

Al igual que hay factores facilitadores, también hay otros que constituyen reales impedimentos a la atención en interconsulta. Muchos de estos se derivan de la relación entre profesionales y del lugar que por años ha ocupado la psiquiatría en la práctica médica en general. Es muy común que los horarios entre los médicos que atienden al paciente no coincidan ocurriendo una falla en la comunicación que en la mayor parte de las veces va en detrimento del paciente. Puede suceder que el trabajo de ambos, tratante y consultor, vaya en diferentes direcciones o uno no entienda la motivación del otro para sus acciones lo que a la larga crea confusión y desconfianza. Otras veces el paciente se convierte en el único interlocutor entre los profesionales lo que produce la sensación, tanto en los afectados como en el personal de salud, de que hay fallas en las capacidades de ambos colegas.

Respuesta del interconsultor.

Las interconsultas en psiquiatría infantil como en cualquier otra especialidad tienen dos fines importantes, el de atender al paciente y el de enseñar. En este proceso de enseñanza aprendizaje se incluye no sólo a los médicos en entrenamiento sino también a los propios colegas que, como es natural, no pueden conocerlo todo sobre todas las patologías. Por lo tanto, la respuesta que se de a una solicitud de atención deben ser clara, dirigida a la intención específica de la consulta y, sobretodo, práctica.

Es de poca ayuda el realizar historias completas en las hojas de interconsulta o llenarlas de datos que no van a ser leídos ni de utilidad para el tratante. Por el contrario, debe ser breve, y constar de los factores de riesgo que no se hayan considerado hasta el momento y que pudieran provocar complicaciones; de las impresiones diagnósticas y de un plan de tratamiento con recomendaciones, las que se pondrán a consideración del jefe del caso antes de llevarlas a efecto.

❖ Clasificación de las interconsultas

En paidopsiquiatría las interconsultas pueden clasificarse según el tipo de referencia, el momento en que se realizan, el tipo de patología a evaluar, las intervenciones y los niveles en que están dirigidas.

1. Tipo de referencia
    - Urgencia o crisis
    - Rutina
2. Momento en que realiza
    - Dentro del hospital
    - Posterior a la hospitalización.
    - En la consulta externa
3. Intención del consultor
    - Ofrecer recomendaciones.
    - Cooperar en el manejo o manejo interdisciplinario.
    - Traslado del paciente.
4. Nivel de la interconsulta
    - Manejo de la patología psicológica del niño o adolescente.
    - Manejo de la relación del niño con la familia.
    - Manejo del niño o la familia en relación con el equipo tratante.
    - Manejo del paciente o la familia en relación con otras disciplinas dentro o fuera del hospital.
5. Tipo de patología a evaluar
    - Aguda
    - Crónica
    - Terminal

1. Tipo de referencia

Urgente: Se trata de solicitudes que, como lo dice la palabra, ameritan una evaluación e intervención inmediata por parte del especialista. Por lo general, son situaciones que generan crisis en el área de hospitalización, en el individuo, en la familia e incluso en el personal de salud. En este caso, el consultor debe saber que no sólo atenderá las necesidades de un paciente o su familia sino que deberá trabajar con el personal que allí labora y que se encarga del caso.

Las condiciones que más frecuentemente se incluyen en esta categoría son las reacciones psicóticas, las agitaciones psicomotoras, los trastornos de conducta severos y las crisis familiares.

Es importante establecer los posibles diagnósticos diferenciales para las reacciones psicóticas pues pueden ser desde secundarias a la condición mórbida inicial como debida a la utilización de fármacos en pacientes vulnerables.

Lo primero a descartar antes de considerar a un individuo como enfermo mental es justamente la posibilidad de que se trate de otra condición, ya que, aunque la psicosis se refiere a un estado en que el paciente pierde contacto con la realidad, ésta puede deberse a condiciones de tipo neurológicas, por ejemplo, las debidas a infecciones del sistema nervioso central. Puede aparecer, también, secundaria a lesiones vasculares,

convulsiones psicomotoras o traumas cerebrales. Otra génesis son las alteraciones endocrinológicas o metabólicas, los desequilibrios hidroelectrolíticos y las deficiencias vitamínicas. Entre sus causas se cuenta, además, con las enfermedades sistémicas, las intoxicaciones y los fenómenos de abstinencia. Pero un aspecto importante a considerar en las salas de medicina y cirugía, en general, es el efecto adverso a los medicamentos. Tal es el caso de los esteroides, antituberculosos, algunos antiinflamatorios y antihipertensivos, entre otros. Otras condiciones que también son generadoras de agitaciones psicomotoras son los estados postoperatorios en pacientes vulnerables que pueden llevar desde la depresión hasta un verdadero cuadro psicótico.

En el caso de los trastornos de conducta severos que alteran la dinámica de la sala, es imprescindible establecer la capacidad intelectual del individuo y determinar si los procesos de pensamiento y afecto son acordes a lo esperado para su edad y condición y tratar en forma inmediata al paciente a fin de que logre controlarse y no se haga daño ni a sí mismo ni a terceros.

Tanto con pacientes psicóticos como con pacientes que por su conducta alteran la evolución propia y de otros pacientes es necesario definir un tratamiento efectivo e inmediato, e incluso puede considerarse negligente intentar psicoterapias sin un soporte farmacológico que ayude, no sólo a manejar mejor al paciente sino a que éste, si estuviese en condiciones para hacerlo, entendiese el proceso psicoterapéutico.

Rutina. Cuando las consultas no son urgentes reciben el nombre de consultas de rutina. El término rutina hace referencia al hecho de mantener una costumbre por lo que consideramos que es una forma de llamar a estas solicitudes que dista mucho de la intención de las mismas. No es una rutina considerar a un colega como interconsultor en un momento dado, es una decisión bien pensada que demanda la necesidad de apoyo en un caso específico y con una intención muy clara.

Las interconsultas que no son urgentes son de carácter preventivo o curativo. En estas se establecen criterios de riesgo de padecer una enfermedad o de perpetuar la ya existente.

La diferencia entre las evaluaciones urgentes y las que no lo son se basa en que las condiciones en que se encuentran los pacientes que generan estas últimas no amenazan de forma inminente la vida, no atentan contra el buen funcionamiento de la sala y en el mayor número de casos les permiten cierto grado de adaptación al paciente, a la familia y al personal de salud.

Las consultas de rutina pueden ser hospitalarias o ambulatorias. Las que provienen de pacientes hospitalizados son enviadas de los diferentes servicios de atención médica, como lo son los servicios médicos o quirúrgicos. Estas deben ser atendidas en un tiempo prudente que no debe exceder las 72 horas.

Las consultas ambulatorias, por otra parte, están sujetas a los sistemas de atención del centro al que se refieren. Estos dependen de factores ajenos a las posibilidades de los clínicos ya que estarán supeditadas a los cupos que tenga el profesional y no específicamente a la condición y necesidad de los pacientes y los interconsultores.

Lo ideal es que antes de que el paciente tenga su cita con el médico tratante haya podido ser evaluado por los consultados. Un programa adecuado de atención debe considerar horas especiales destinadas únicamente para atender estas demandas.

Una vez que se realice la evaluación, existe un compromiso tácito de compartir con los colegas los hallazgos, las decisiones sobre abordaje y tratamiento y de dar seguimiento conjunto al caso si así lo ameritara.

2. Momento en que se realiza la interconsulta.

La interconsulta puede realizarse dentro del hospital como parte del proceso de manejo de la patología de base y atendiendo a las respuestas psicológicas que de esta se deriven o puede darse posterior a la hospitalización con el propósito de ofrecer cooperación en la fase de tratamiento, de aliviar las tensiones a las que fueron sometidos tanto el paciente como sus familiares en el hospital o debido a que se han descubierto verdaderas enfermedades psiquiátricas que requieren ser tratadas.

La ventaja que representa el atender al paciente en el hospital es que está en un lugar específico donde lo podemos visitar en cualquier momento y no tenemos que ser sujetos de horarios tan estrictos como lo sería el de una consulta extrahospitalaria. Además, podemos establecer la alianza con el paciente con una disposición empática, desde el dolor y la limitación e iniciar un camino con éste en la búsqueda de un alivio a su malestar emocional. Esta situación facilita más el acercarlo con sus familiares.

En ocasiones este trabajo no resulta fácil ni placentero. Muchas veces el paciente está en un lugar que resulta incómodo para las intervenciones, por la presencia otros pacientes en las camas vecinas, conectado a aparatos que no permiten el acercarse lo suficiente y que hacen ruido o por ser interrumpidas por médicos, enfermeras, auxiliares y otros miembros del personal que cumplen con su horario independientemente del proceso que se esté desarrollando. Otras veces, ni el personal de salud ni a veces la propia familia entiende adecuadamente la necesidad de un proceso psicoterapéutico en medio de patologías que comprometen probablemente el bienestar físico del paciente.

En otras oportunidades, las interconsultas pueden solicitarse fuera del área del hospital, a nivel de la consulta ambulatoria.

Cuando el facultativo descubre que en su paciente están presentes factores condicionantes de enfermedades desde el punto de vista psicológico y estos son captados a tiempo ofreciéndosele una pronta intervención por parte de los especialistas en la materia, el pronóstico en función de aceptación de los procedimientos a seguir mejora. Esto diminuye la duración y gravedad de las patologías y, generalmente, disminuye la tasa de hospitalizaciones.

Otra ventaja de esta forma de atención es que el paciente y su familia están más receptivos a la atención por psiquiatría que dentro del hospital donde la balanza se inclina más por la atención de las patologías orgánicas y la tensión del paciente le impide muchas veces concentrarse en sus otras necesidades. La desventaja que se presenta es la dificultad para otorgar citas tempranas o poder darle seguimiento ambulatorio en forma frecuente y continua por la falta de espacio en las agendas de las

consultas externas a nivel de las prestaciones de salud en los centros de atención médica en general.

En los modelos de atención existentes en nuestro país es una limitante el perpetuar un estructura médica basado exclusivamente en la afección física que difícilmente se aplica en la atención en psiquiátrica y menos aún en paidopsiquiátrica. Ese diseño, que responde a una gran demanda por parte de la población y a una falta de mayor entrenamiento de algunos profesionales de la salud, se lleva a cabo con la intención de atender más pacientes por unidad de médico y de tiempo y no necesariamente en función de las necesidades del paciente. Además, se sobrecarga al médico especialista con afecciones que pudieran ser atendidas por otros profesionales como lo son pediatras, psicólogos, maestros especiales, enfermeras de salud mental e incluso trabajadores sociales, lo que tiene como desventaja que se postergan las citas de pacientes que sí ameritan un tratamiento oportuno por otros que pudieran ser derivados a otros campos.

Es difícil creer que a las autoridades en materia de salud administrativa les cueste entender el proceso de atención de las emociones y la enfermedad mental como una situación que afecta la salud de un individuo en forma integral y la de toda la familia en forma global por lo que la atención no podrá ser dirigida como en los modelos adultos a un solo individuo ni como los modelos físicos a un solo órgano. Sin embargo, esta es una realidad de muchos centros que debe señalarse con el objeto de que eventualmente se logre un cambio.

3. Intención del consultor.

La consulta a un especialista tiene tres objetivos básicos que incluyen el ofrecer recomendaciones, cooperar con el manejo del paciente o decidir el hacerse cargo definitivo del mismo.

En el primer caso, el médico consultado acude a evaluar al paciente y luego de elaborar una historia dirigida a resolver las dudas del interconsultor, le ofrece a este último una serie de recomendaciones. Las mismas están basadas en la historia clínica, el examen mental del paciente y la evaluación de las redes de apoyo. A partir de estas fuentes desarrollará una hipótesis diagnóstica tras lo cual podrá, entonces, recomendar desde su criterio las posibles alternativas terapéuticas a seguir con el paciente. En este caso, el consultado es sólo un apoyo al manejo clínico del paciente pero, de ninguna manera se involucra directamente con el mismo, de forma tal que el médico que solicitó la interconsulta puede o no seguir sus indicaciones.

Cuando, por el contrario, la intención es el manejo conjunto del paciente, el evaluador no sólo hace recomendaciones sino que participa activamente en el proceso terapéutico. Sus opiniones son tomadas en cuenta inmediatamente y elabora junto con los médicos tratantes un plan y, si es necesario, participa incluso en las visitas clínicas que son ofrecidas al paciente y sus familiares.

El motivo de la consulta también puede responder al deseo de los médicos tratantes de trasladar al paciente a la unidad de psiquiatría. Las razones para trasladarlo son, básicamente, que el médico del caso haya concluido su tratamiento, pero aún queden aspectos de tipo psiquiátrico sin resolver o que el paciente se haya tornado de difícil

manejo en la sala donde se encuentra y aunque la patología inicial deba seguirse tratando las condiciones del enfermo en función de sus trastorno emocional o de conducta pongan en peligro su vida, la de otros pacientes o sea un elemento perturbador para el funcionamiento de las otras unidades hospitalarias. El hecho de que un paciente se traslade a una sala de psiquiatría hace de este profesional el jefe del caso a partir de ese momento lo que invierte el proceso convirtiendo a los otros colegas en los interconsultados. Es imprescindible explicar con claridad a los pacientes y sus familiares las razones de este movimiento a fin de lograr su cooperación y disminuir los niveles de ansiedad que esto conlleva para ambas partes, así como garantizar que el niño o adolescente gozará de los mismos cuidados por parte de los médicos que atiendan su patología orgánica, lo que significa un compromiso, por parte de éstos, en el seguimiento del caso si así se ameritara.

4. Nivel de la Consulta

Un aspecto importante a considerar por parte de los médicos que responden una interconsulta es el nivel de acción de la misma. De esta manera tenemos cuatro niveles de acción basados en la condición del paciente como un ser independiente con características propias y necesidades, como un individuo que forma parte de una familia con la que interactúa, que ejerce influencia sobre él y sobre el progreso de su enfermedad y la elección de sus tratamientos, y finalmente, el hecho de que está inmerso en un sistema distinto al conocido como lo es el hospital y que a partir de ese momento debe entrar en relación con los profesionales que tratarán sus patologías.

Los cuatro niveles son:

1. Manejo de la patología psicológica del niño o el adolescente.
2. Manejo de la relación con la familia.
3. Manejo del paciente y la familia en relación con el equipo tratante.
4. Manejo del paciente y la familia en relación con otras disciplinas.

Para poder hacerse cargo del primer nivel, aquel que maneja la patología psicológica del niño y del adolescente, hay que apoyarse en los conocimientos que se tiene de las etapas por las que atraviesa el niño desde el punto de vista físico, cognitivo y emocional para poder entender la situación que vive y cómo la percibe en ese momento basada en su capacidades y debido a su desarrollo.

Como se menciona en varias oportunidades, la forma como el niño entiende su mundo depende de las capacidades adquiridas hasta ese momento y no será igual para un infante que para un escolar o para un adolescente. Sus necesidades y vivencias han sido distintas y, por lo tanto, sus respuestas también lo serán.

Por otra lado, el chico forma parte de una familia con sus propias costumbres, rutinas y dinámicas que se ven afectadas al momento que este ingresa al hospital. A pesar de ello, se requiere de todo el apoyo y la cooperación por parte del grupo familiar para poder garantizar una mejor evolución para el paciente. A menudo, los médicos no toman en cuenta este aspecto y se enmarcan en un modelo estrictamente curativo que vela por la salud física y olvida los aspectos emocionales y la importancia de una red de apoyo bien informada y anuente a participar desde una perspectiva de claridad frente a los procedimientos y de facilitación del proceso de diagnóstico y tratamiento.

No podemos perder de vista que al momento de se admitido en una sala de hospital, tanto el paciente como sus cuidadores, están sometidos a una gran tensión que se deriva del temor a lo desconocido. Con frecuencia los enfermos no conocen a ciencia cierta el diagnóstico exacto de la patología que los aqueja, lo que esta significa y los tratamientos a los que serán sometidos. Otras veces conociendo la causa de su hospitalización no saben cómo se desarrollará el proceso, si podrán estar en contacto con sus familiares y amigos y qué consecuencias a nivel social, escolar y familiar tendrá este hecho. Muchas veces esto significa una ruptura importante con su medio que hasta entonces resultaba protector. Además, cambiarán sus rutinas, su privacidad, su capacidad de movimiento y decisión lo que lo convertirá en un ser vulnerable y por lo tanto más susceptible al temor y a reacciones a veces inesperadas para el equipo médico del hospital general.

Este nuevo núcleo que está inmerso en el sistema hospitalario con sus propias características ejercerá una influencia en el que labora en la sala. Es un proceso dinámico de interrelación a veces funciona armónicamente y otras veces no. Cuando ocurre esto último, el personal siente que invierte más energía en la atención y esto se traduce en cansancio y fastidio lo que aumenta el número de quejas dirigidas a los médicos y probablemente al psiquiatra. Se forma un círculo vicioso en el que pacientes, es decir el niño o adolescente y su familia, y personal se afectan negativamente unos a otros y en donde el malestar de los primeros potencia el de los segundos y viceversa y de esto se genera el caos. Si bien, la intervención del especialista va en función de entender los factores que afectan al paciente y sus familiares, es importante también intervenir sobre los que inciden sobre el equipo salud a fin de disminuir las tensiones y facilitar la evolución del paciente. Esta es una situación muy compleja pues aquí intervienen no sólo la etapa evolutiva del paciente, pocas veces entendida por el personal y las crisis familiares que no tienen que ser del conocimiento de este último, sino también las propias situaciones de los profesionales, la reviviscencia de experiencias previas algunas traumáticas, propias o en función de su trabajo, el manejo de las emociones, el cansancio y la forma como se involucren con ese u otro paciente y la afección que esto produzca.

Por último, el paciente y sus familiares, podrán necesitar entrar en contactos con otras disciplinas fuera o dentro del hospital. Así por ejemplo, si se trata de un paciente con un diagnóstico de cáncer, éste pudiera requerir tratamiento por oncólogos, cirujanos, intensivistas y de esta forma ir cambiando de entorno, de una sala de atención pediátrica o de medicina interna a una unidad quirúrgica, luego de cuidados intensivos o de oncología y en cada sala la atención será distinta, igualmente lo serán el personal y la disposición del lugar así como lo que podrá o no hacer el

Capítulo 25

PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA FORENSE

En los últimos años ha habido un aumento de los casos que requieren la participación del psiquiatra de niños y adolescentes en el sistema judicial. Cada vez es mayor la demanda de atención en salud mental de pacientes que acuden con órdenes

provenientes de juzgados de familia y de menores, como lo es también, el requerir el apoyo de la declaración del médico tratante en los casos legales que se le siguen a estos chicos. Llama la atención como, tanto el sistema legal como la misma sociedad, esperan y exigen que el psiquiatra pediatra se involucre cada vez más en materia legal sin que para ello exista un entrenamiento previo y muchas veces ni siquiera un conocimiento general de la Ley, de lo que representan en el sistema, ni de los propios derechos.

El término forense que procede del latín *forum* tiene su origen en el foro romano donde se celebraban los juicios y se discutían los asuntos públicos y por extensión, se le sigue llamando foro al sitio donde los tribunales oyen y determinan las causas. De allí, que el forense es el médico que está adscrito a un juzgado y practica la Medicina Legal, que es la que investiga las causas y circunstancias de un hecho presumiblemente punible.

El psiquiatra forense está en un punto medio entre la psiquiatría y la ley. La evaluación de este facultativo está en función de la justicia. El objeto de su estudio será, entonces, un individuo con una patología mental que podrá estar en una posición de vulnerabilidad y, por lo tanto, requerir protección por parte de una instancia legal o por el contrario, estar en la condición de haber violado la ley para lo que deberá determinarse su responsabilidad en el acto en cuestión y tomarse las medidas pertinentes. Estas se decidirán por las autoridades judiciales para lo que son importantes las observaciones y recomendaciones médicas.

El trabajo del psiquiatra forense no es fácil y tiene en contra:

- El prejuicio hacia la enfermedad mental por parte de la sociedad.
- La imprecisión en cuanto a los diagnósticos y conductas de los evaluados.
- En el caso de menores, el rechazo por algunos y demandas por otros de que se les trate como adultos al cometer una acto ilícito.
- La falta de colaboración de testigos.
- La falta de colaboración de pacientes.

Cuando se piensa en psiquiatría forense acuden a la memoria términos como imputabilidad, responsabilidad legal, competencia mental, culpabilidad, jugados, abogados y crímenes entre otros. No es sorprendente que la sola sospecha de que un caso pueda tener implicaciones legales crea en los médicos cierta incomodidad y hasta rechazo y son muchos los colegas que refieren los casos si su dirección apunta hacia una corte.

La Psiquiatría forense infantil se trata desde otra perspectiva. Pocas veces estaremos determinando en niños la imputabilidad o no en un acto o el grado de competencia mental. Generalmente son, precisamente los menores, las víctimas y los que deben ser protegidos.

En este capítulo no pretendemos elaborar un tratado de Medicina Legal sino establecer las diferencias entre esta forma de abordaje y la clínica convencional, revisar las patologías más comunes desde la perspectiva clínica que tienen su punto de encuentro con la psiquiatría forense pediátrica y algunas leyes que están relación con estas entidades.

Diferencias entre la Entrevista Clínica y la Entrevista Forense.

Es importante recordar que ambos, clínico y forense, son médicos de formación y seguirán el modelo básico de entrevista para sus fines. Esto significa que ambos tendrán como objeto un paciente, como meta el conocer su estado mental y como medio para ello tendrán que recoger información. El uso que se le dará a esta información determina la diferencia entre las dos modalidades.

En la intervención clínica la intención del médico es la de establecer un plan que ayude al paciente y a sus familiares a superar la situación que les aqueja. Por el contrario, el forense tiene como misión el ofrecer una opinión objetiva y veraz independientemente de que esto ayude al niño. Claro que, en la medida que esto lo libere de condiciones traumáticas, resultará, finalmente, de beneficio para el mismo.

En el caso del manejo con fines psicoterapéuticos, se persigue buscar formas más adaptativas de responder a situaciones mediante cambios cognitivos, conductuales y afectivos, para lo que se usarán las técnicas según el modelo elegido por el terapeuta sobre la base de la alianza terapéutica, estableciendo un proceso que puede durar de meses a años.

El forense se dedicará a obtener información relevante que lo lleve a una decisión con respecto a diagnósticos, y posibles tratamientos, referencias y recomendaciones. Su mejor herramienta es la historia clínica y el tiempo destinado para ello es limitado a muy pocas sesiones.

Independientemente de que el objetivo del médico forense sea limitado, el mismo tendrá que hacer uso de las bases de la comunicación en general: establecer raport, permitir la libre expresión de emociones y pensamientos y estar atento al lenguaje no verbal de sus evaluados.

Los objetivos de la intervención por el psiquiatra forense son

1. Determinar la forma en que situaciones específicas afectan al niño.
2. Determinar fuerzas y debilidades parentales en el cuidado de los niños.
3. Determinar la voluntad o inducción del niño en una acción determinada que le resulte perjudicial.
4. Determinar los factores de riesgo a los que está expuesto el niño en su entorno social, escolar y familiar.
5. Ofrecer recomendaciones en casos que atenten contra la salud física y mental de los niños.

Otra diferencia que debemos señalar entre ambos modelos es la procedencia de la demanda de atención. En el caso de los clínicos, la solicitud de evaluación la hace la misma familia, la escuela, otros profesionales de la medicina o de la salud mental e inclusive el propio paciente. Las evaluaciones de carácter legal son solicitadas por los jueces, los abogados, las compañías de seguro y aunque pueden ser solicitadas por el adolescente afectado siempre mediará la ley en este proceso.

El forense debe, además, conocer términos de uso legal que la mayor parte de las veces no son del dominio clínico. Los más importantes para cualquier profesional son:

1. Testigo. El testigo de hecho es, para este efecto, cualquier médico o psiquiatra que no tenga entrenamiento en materia legal. Lo que equivale a cualquier persona que observe o conozca la ocurrencia de un hecho. La mayoría de los

clínicos acudimos al llamado de la corte en calidad de testigo, cuando los pacientes han hecho referencia a hechos que se han reportado y requieren investigación o solamente para completar la información necesaria para la autoridad competente en un caso que se siga a un menor.

2. Perito. Es el psiquiatra capacitado como experto. Este concepto de experto, tiene un sentido legal que no se limita a los conocimientos adquiridos por formación ni a los títulos obtenidos, sino al reconocimiento para realizar tal función por parte de la corte y los abogados implicados.

En la evaluación forense es importante establecer los límites de la investigación con la corte y determinar el grado de participación de la familia y los abogados. Muchas veces es preciso contar con observaciones directas de la relación del niño con las personas que lo rodean, incluyendo las actividades escolares. Este tipo de evaluación no podrá usarse de ninguna manera como atención en caso de situaciones críticas o de urgencias.

El Forense debe realizar un informe para lo que existen unas reglas dependiendo del tipo que se requiera:

- Certificado: Lo realiza el médico e incluye el hecho y sus consecuencias. Este no requiere un juramento previo ni un protocolo especial para su solicitud.
- Consulta: El médico, a pedido de una autoridad, emite una opinión relativa a las personas o los hechos evaluados.
- Pericia: Tiene el objeto de analizar un hecho determinado, establecer las características significativas del mismo y extraer conclusiones que sean de utilidad para la autoridad competente en la toma de decisiones sobre los afectados.

El informe deberá redactarse en forma clara y en tercera persona y ser dirigido a la autoridad que lo solicite. Inicia con los antecedentes de quien firma incluida su condición de idóneo para dar la información y su localización en caso de que fuese necesario reafirmarla. Debe contener fechas lo más precisas posibles y datos de los antecedentes conocidos del paciente, de su examen mental y de los resultados de los exámenes especiales que se hayan solicitado. Incluye, además, observaciones del desarrollo de las sesiones y de la interacción observada con sus tutores y otros miembros si fuese el caso. Es importante que agregue diagnósticos positivos y posibles observaciones al respecto además de sus consideraciones y recomendaciones finales. Cuando este informe se presenta frente a la autoridad legal competente se rinde un juramento en el que el firmante da fe de que la información ofrecida es cierta y no responde a intereses personales ni parciales que afecten el fiel cumplimiento de las leyes. De ser así, recibirá una sanción que puede ser económica o de privación de libertad.

Para el estudio de los casos de Psiquiatría infantil es importante considerar los factores de riesgo a los que están expuestos los pequeños. La mayor parte de los niños que acuden a la consulta no requerirán tratamientos farmacológicos pero en su lugar se verán beneficiados si el médico atiende a esos factores y orienta su tratamiento a trabajar sobre los mismos y dar recomendaciones en ese sentido.

Un factor de riesgo lo constituye cualquier característica del individuo que esté unido a una mayor probabilidad de provocarle daño y conocerlo anticipa una atención adecuada y ayuda a establecer una medida preventiva.

Uno de los modelos estudiados que es de utilidad en la evaluación de los factores del medio ambiente y que influyen directamente en los individuos es el modelo ecológico de Bronfenbrenner que plantea la existencia de sistemas que se incluyen uno en el otro desde el nuclear familiar que es el microsistema, a sistemas intermedios como el exosistema, que agrega a los vecinos, el lugar de trabajo de los padres y las familias extendidas hasta los más grades como los macrosistemas que contiene los patrones culturales, gubernamentales, socioeconómicos, religiosos y educativos.

En el estudio de las patologías comunes a la Psiquiatría clínica y forense es importante considerar los factores de riesgo social. De esta forma tenemos que en los microsistemas todo lo que se derive de la disfunción familiar constituirá una condición generadora de morbilidades en nuestro paciente. Constituyen otros factores de riesgo el abandono escolar, la participación en pandillas que además de constituir un ambiente peligroso, los hace vulnerables a las agresiones intencionales o accidentales y a convertirse en menores infractores, exponiéndolos a grados mayores y más directos de violencia y a las drogas, entre otros.

Uno de los elementos que forman parte del macrosistema y que deben ser reevaluados y reestructurados son los medios de comunicación que muchas veces, lejos de colaborar con el enriquecimiento cultural y la educación en valores, distorsionan los mismos empeorando desde las formas de expresión verbal y no verbal incidiendo sobre el aprendizaje de las reglas de convivencia sana hasta inyectando el desinterés y la desmotivación por otras actividades más productivas para los pequeños, sin agregar que éstos emplean, además, muchas horas en mirar la televisión en lugar de realizar actividades académicas, deportivas, artísticas y sociales más completas para su desarrollo.

La Ley en Panamá incluye en el Código de la Familia un Título que señala las características de los menores en situación de riesgo social entre las que menciona las siguientes:

1. Inasistencia a una institución de enseñanza o ausencia de educación.
2. Vagancia o mendicidad.
3. Consumo de drogas, alcohol o mantener contacto con gente que lo haga.
4. Abandono del domicilio.
5. Ocupaciones peligrosas para la salud o contrarias a la moral.
6. Falta de control y autoridad por sus guardadores.
7. Padres que no reúnan las condiciones para ofrecer adecuados modelos de crianza por ser delincuentes, drogadictos o enfermos mentales.

A continuación desarrollaremos tres de las situaciones más comunes en que la medicina de niños y la ley se encuentran y que son generadoras de malestar y muchas veces de enfermedad en nuestros menores.

ABUSO INFANTIL

El concepto de abuso infantil, no sólo se refiere al daño corporal que se le infrinja a un niño sino a toda lesión a su integridad física o emocional. Por lo tanto, se incluyen en este apartado:

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Abuso emocional
- Negligencia.

Hay condiciones que son más fácilmente detectadas que otras, pero todas atentan contra el buen desarrollo de la víctima y es por ello que, como cuidadores de la salud de los niños, debemos estar alerta a los factores de riesgo del abuso en los mismos.

❖ Factores de Riesgo de abuso en niños.

La génesis del abuso se debe a la suma de una serie de factores de riesgo entre los que se encuentran:

1. Familias en crisis. Las familias que atraviesan situaciones difíciles desde el punto de vista económico o social, con disfunciones conyugales, familiares, de cambios a los que no han podido adaptarse adecuadamente, tienden a descargar sobre los más vulnerables las frustraciones convirtiéndolos en víctimas de las mismas. Con frecuencia, estas situaciones los llevan a aislarse de otras personas de la familia, la comunidad o el trabajo que podrían constituir redes de apoyo perdiéndose la capacidad para buscar ayuda y aumentando los riesgos de abuso entre sus miembros.

2. Padres con historia de abuso o de violencia. Las personas que han sido víctima de abuso en la infancia, tienden a repetir lo aprendido cuando juegan el rol de padres y son propensos a tener muchos conflictos en sus relaciones interpersonales. Existen familias donde la violencia es aceptada como parte de la interacción y la subcultura.

3. Familias con problemas de adicción. Se pierde el control sobre las facultades cognitivas y sobre el control de los impulsos, no pudiendo medirse las consecuencias de los actos, que en ocasiones llegan a ser realmente lamentables.

4. Familias con miembro discapacitado. En este caso la variable se da en función de que ya sea una discapacidad física o mental, el enfermo puede ocupar los roles tanto de víctima como de victimario. Así pues, tenemos padres con discapacidad física que someten a sus hijos a malos tratos, enfermos mentales que agreden o por el contrario, niños impedidos físicos o mentales que son golpeados o son privados de sus necesidades básicas, incluidas el afecto.

5. Padres adolescentes. Aquí se conjugan la propia inmadurez, el no haber completado el desarrollo físico y emocional requerido para enfrentarse al reto de ser padres, que los lleva más por ignorancia, en algunos casos, a descuidar a sus hijos, a no reconocer las necesidades de esos pequeños, a establecer relaciones inadecuadas, y muchas veces al rechazo absoluto al rol o directamente al hijo.

❖ Características generales de lo niños maltratados.

Los niños maltratados, independientemente del tipo de abuso al que son sometidos, suelen exhibir una serie de conductas que deben ser observadas por los evaluadores tales como:

- La manifestación verbal o no verbal de angustia en general o miedo ya sea hacia los padres, a otros adultos de su entorno, a tener que ir a casa, a la escuela u otro lugar específico.
- Cambios motores con respecto a su estado basal, se tornan muy tranquilos, retraídos o con excesiva inquietud.
- Cambios en su estado anímico. Pueden estar muy irritables, agresivos, oposicionistas o con llanto fácil
- Cambios en sus hábitos
- Intentos, gestos o ideas de suicidio
- La aparición de síntomas somáticos sin causa aparente.
- Rechazan el ser atendidos por los sistemas de salud.

❖ Características generales del agresor.

Es importante considerar que el agresor puede ser cualquier adulto que tenga acceso al niño, desde los padres, familiares, vecinos y maestros hasta personas que sean totalmente desconocidas para la víctima. Pueden ser del sexo masculino o femenino y generalmente son adultos, aunque en nuestros sistemas de salud y legal, vemos crecer la cifra de adolescentes que abusan de niños y niñas tanto física como sexualmente.

Con frecuencia los padres consideran al castigo físico como una forma de disciplinar al hijo. Lo que observamos en la práctica al tratar a estas familias es que existe una mezcla de impotencia y mucha ira que no pueden controlar y que los lleva a ejecutar castigos realmente violentos, que lejos de ser un método de disciplina, es la forma de descargar la frustración y de evidenciar la pérdida de control tanto en el hijo como en los propios impulsos generando un efecto de interrupción momentánea de la conducta indeseada, pero no a largo plazo ni acompañada de un aprendizaje adecuado que sea efectivo en situaciones similares en el futuro. Además, le enseñan al hijo que los conflictos se resuelven violentamente y que los disgustos se canalizan a través de los golpes. No será extraño que en un momento en que el niño se sienta disgustado o frustrado por algo descargue con golpes hacia sí mismo o a terceros pues es lo que ha aprendido del adulto.

Como hemos mencionado anteriormente y basado en los factores de riesgo, el agresor puede reunir características de enfermedad mental, física o adictiva, pasar por situaciones críticas económicas o sociales, haber sido víctima de abuso en la infancia, tener expectativas elevadas o irreales de su hijo, sin poder reconocer las necesidades del mismo o no estar capacitado para afrontar el rol parental por su propia inmadurez.

Otro aspecto importante a considerar es cómo se comportan al momento de ser entrevistados. Generalmente, se muestras renuentes a ofrecer la información o dan historias incongruentes o contradictorias que no logran explicar con claridad las lesiones o las condiciones que el médico observa en el paciente víctima. Hay actitudes de mucho apego o completo desapego que llaman la atención y en muchas ocasiones

tienen excusas que intentan justificar que la atención al menor no haya sido efectiva e inmediata.

Una de las situaciones que pueden presentarse con respecto al agresor es que éste esté totalmente convencido de que su abuso tiene la finalidad de enseñarle al niño cómo es la vida y a defenderse de los extraños. Lo cierto es que, independientemente de las motivaciones de los agresores, las víctimas quedan realmente afectadas y a veces en formas irreversible.

- Tipos de Abuso.

1. Abuso físico: Es la lesión a nivel corporal causada tras un acto violento. Esto incluye los castigos corporales severos, las lesiones contusas o cortantes, las torceduras, quemaduras, o mordeduras. Es importante considerar que el niño o adolescente puede dar informe de que fue maltratado o bien se puede sospechar ante situaciones como la aparición de lesiones inusuales para la edad, como es el caso de las fracturas en los bebés o cuando no pueden explicarse la aparición de las mismas, como en las sacudidas infantiles entre otras.
2. Abuso sexual: Cualquier acto de tipo sexual cometido con un menor, independientemente de que sea repetido o único. Se incluyen también en este grupo la explotación sexual ya sea por su exposición a pornografía como por su inducción a la participación en la prostitución. Es muy común que el menor en riesgo no se atreva a reportar al agresor por miedo, vergüenza o sentimientos de culpa, lo que permite la persistencia del problema. En ocasiones la falta de credibilidad por parte de los adultos que lo rodean y en especial de la familia, hace que el niño guarde silencio. En los casos de abuso sexual se debe estar alerta ante los cambios del niño, que pueden incluir desde una erotización marcada hasta cambios en los hábitos de micción, defecación, alimentación, sueño, los temores y algunas compulsiones. También debe sospecharse ante la presencia de enfermedades de transmisión sexual, lesiones sin causa aparente en el área anogenital y el embarazo en las adolescentes. Uno de los aspectos que pasa inadvertido es que el niño tenga acceso a dinero, ropa, bienes que los padres no han otorgado, el uso de drogas o los intentos de fuga o de suicidio.
3. Abuso emocional. Es una de las formas de abuso más difícil de precisar. Es provocado por actitudes negativas de los adultos hacia los niños como lo son los insultos, los gritos, las amenazas, la ridiculización y el inocularles sentimientos de culpa. Por otro lado, forman parte de este apartado aquellos a los que se les exige más de lo que su desarrollo cognitivo y emocional es capaz de conseguir, a los que se les hace parte de los conflictos conyugales, o los que son tratados como objetos a través de artículos demostrativos o pronombres en tercera persona y no directamente por sus nombres o afectivamente. Los sujetos de este maltrato, generalmente se muestran aislados, indiferentes, con dificultades para seguir indicaciones o para establecerles límites, y tienen una percepción negativa de sí mismos. Es común encontrar elevadas cifras de comportamiento disocial entre estos chicos.
4. Negligencia. Es cuando se le niega la atención necesaria a un niño, desde el punto de vista de las necesidades básicas, como la nutrición, la vivienda, la ropa, incluida la atención médica y la educación. Se suman a éstas el dejar a menores solos sin supervisión, expuestos a peligros, a condiciones insalubres,

sucios o abandonados. Como cuidadores de la salud debemos estar alerta a las hospitalizaciones múltiples derivadas de algunas de estas condiciones.

Los niños víctimas de abuso se ven afectados desde diversos puntos de vista. Estas afecciones pueden persistir en el tiempo incidiendo sobre su desarrollo físico y emocional, su comportamiento y su estructura de personalidad.

Desde el punto de vista físico, los niños pueden quedar con cicatrices o lesiones permanentes, que además de ser , en algunos casos, incapacitantes, son en otros señas imborrables del abuso del que fueron víctimas. Desde el punto de vista sexual, es frecuente encontrar los temores asociado a la aparición de enfermedades de transmisión sexual, alteración en la integridad de sus genitales, de su autoimagen y de su identidad sexual. En el caso de las niñas, estas temen también, a la aparición de embarazos, que se afecte su capacidad de procreación, y es frecuente que se expongan a conductas de riesgo con adolescentes en busca de encubrir la identidad de un agresor adulto.

Desde una perspectiva emocional, son individuos que crecen con dificultades para las relaciones interpersonales, con afecciones en su autoestima, la confianza en sí mismo y en los demás, lo que atenta contra su capacidad de cuidarse y protegerse. Muchos desarrollan problemas en establecer límites y controlar impulsos. Pueden presentar patologías psiquiátricas del tipo de los trastornos ansiosos, depresivos, disocio-conversivos, y el estrés postraumático entre los más comunes.

El comportamiento de estos pacientes puede ir desde el aislamiento y el desinterés a las actividades cotidianas, hasta la erotización e hipersexualidad, exhibiendo un comportamiento desinhibido. Algunos pacientes pueden presentar la conocida "identificación con el agresor" y se tornan agresivos, repitiendo conductas inadecuadas para tratar de conseguir el control y manejar lo que el pequeño entiende como el poder.

- Intervenciones Clínicas.

Toda vez que un paciente con sospecha o evidencia de abuso en cualquiera de sus formas acuda a atención médica, deberá ser evaluado por un médico de atención general, un pediatra o un internista, quien tomará la primera historia y evaluación clínica general del paciente y ante la menor duda llenará el *Informe de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor.* Es importante señalar que este formulario no es una acusación, es sólo una sospecha de la irregularidad observada y debe ser llenado por la primera persona que tiene acceso a la información, corresponderá a las autoridades hacer las investigaciones pertinentes del caso y elaborar las demandas si se comprobaran los hechos para lo cual el médico se convierte en un testigo portador de información y de ninguna manera en acusador o en parte de un caso legal como tal.

A este respecto, la Ley establece que: *"Están obligados a informar, en un término no mayor de veinticuatro (24) horas, desde que tienen conocimiento de situaciones de maltrato contra un menor, los siguientes profesionales o funcionarios que en el desempeño de sus funciones tuviesen conocimiento o sospecha de la existencia de una situación de maltrato: profesionales de la salud, de la educación, trabajadores sociales, del orden público, policía de investigación y los directivos y funcionarios de centros de atención, observación o rehabilitación de menores, entre otros.*

Así mismo, toda persona que tuviera conocimiento de un caso de maltrato deberá informarlo a la autoridad judicial o administrativa competente, sin que sea necesaria la identificación del informante. La permisión silenciosa o injustificada, se considerará como complicidad en el maltrato."

Una vez que se establezca la sospecha, debe apoyarse en un equipo multidisciplinario, que incluye al psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social y los médicos interconsultores que requiera el caso según las patologías o lesiones encontradas.

Las intervenciones se desarrollan en tres etapas:

1. Etapa de crisis. Es la que se da en el primer encuentro con el paciente, generalmente en el espacio de un cuarto de urgencias y por los médicos de atención primaria. Los objetivos son los de contención a la víctima y sus acompañantes y los de orientarlos con respecto a los pasos a seguir a partir de ese momento.
2. Atención especializada. En esta fase participan los especialistas de la salud mental, y los subespecialistas asociados con los hallazgos encontrados, ginecólogos, cirujanos, fisioterapeutas, entre otros.
3. Seguimiento del caso. Una vez que el paciente sale de la crisis inicial, es evaluado por los especialistas y se establecen los diagnósticos y las posibles intervenciones terapéuticas, sigue una etapa a largo plazo a fin de dar apoyo, desarrollar fortalezas y manejar y expresar emociones, aprender nuevas habilidades de relación y la rehabilitación de lesiones físicas y emocionales.

Las Metas de la intervención son:

1. Proteger a la víctima
2. Atender los efectos del abuso
3. Fortalecer al paciente y ayudarlo en la resolución de problemas.
4. Prevenir futuros abusos.

Las intervenciones clínicas pueden ser individuales o grupales. También pueden desarrollarse sesiones de terapia familiar a fin de reintegrar al miembro lesionado a la familia y reestructurar al grupo, ya que con frecuencia este se ve afectado en toda su extensión, los hermanos se sienten mal entre sí, los padres lo sobreprotegen o lo abandonan por no saber cómo actuar y los sentimiento de culpa, vergüenza, rabia en los diferentes miembros aumentan haciendo más difícil la convivencia entre ellos.

En nuestro país es muy difícil evitar la revictimización de los pacientes. Con frecuencia son examinados muchas veces por varios médicos en los hospitales y luego por los forenses. Si se trata de abuso sexual acuden también los ginecólogos clínicos y forenses y en poco tiempo la niña ha sido expuesta una y otra vez al trauma de exhibir su intimidad, su sexualidad, su dolor y el haber sido lastimada una y otra vez. Cuando un paciente es víctima de abuso lo ideal sería que se le entrevistara una vez, si es posible a través de una cámara y que los exámenes anogenitales se practicaran en un solo tiempo por los especialistas clínicos y forenses de común acuerdo y bajo sedación, recibiendo previamente una preparación y posteriormente un seguimiento estricto por salud mental.

- Intervenciones Legales.

Una vez que la autoridad competente recibe un formulario de sospecha, se inicia todo un proceso de investigación. El mismo incluye a la víctima, la familia, la escuela, miembros de la comunidad o personas cercanas a la misma y por supuesto, los médicos que evaluaron al paciente.

Como hemos expuesto anteriormente, este capítulo no trata de preparar a especialistas en el campo legal, pero consideramos importante que el médico y cualquier miembro de la comunidad debe conocer lo establecido por la ley en materia de menores por lo que haremos referencia a lo que dicta en este tema el código de la familia en su Título primero del segundo libro de los menores que trata sobre "los menores en circunstancias especialmente difíciles" que en el artículo 495 los clasifica como sigue:

Es un menor en condiciones especialmente difícil el que.

i. Se encuentre en situación de riesgo social;
ii. Sea víctima de maltrato y abandono;
iii. Sea menor carenciado;
iv. Sea trabajador en condiciones no autorizadas por la ley;
v. Sea víctima de catástrofe;
vi. Sea discapacitado.

Los artículos 496 y 497 del mismo apartado mencionan la potestad del Juez de Menores para ubicarlos en un hogar sustituto provisional con una persona designada por esta instancia que lo represente.

El capítulo III del mismo código trata de los menores maltratados y en su artículo 500 describe al menor víctima como aquel al que *"se le infiera o se le coloque en riesgo de sufrir un daño o perjuicio en su salud física o mental o en su bienestar, por acciones u omisiones de parte de sus padres, tutores, encargados, guardadores, funcionarios o instituciones responsables de su cuidado o atención."* De esta forma el artículo 501 señala que el menor es víctima de maltrato cuando:

1. Se le cause o permita que otra persona le produzca, de manera no accidental, daño físico, mental o emocional, incluyendo lesiones físicas ocasionadas por castigos corporales;
2. No se le provea en forma adecuada de alimentos, ropas, habi-tación, educación o cuidados en su salud, teniendo los medios económicos para hacerlo;
3. Se cometa o se permita que otros cometan abuso sexual con el menor u otros actos lascivos o impúdicos, aunque no impliquen acceso carnal;
4. Se le explote o se permita que otro lo utilice con fines de lucro, incluyendo la mendicidad, el uso de fotografías, películas pornográficas o para prostitución, propaganda o publicidad no apropiada para su edad, o en acto delictivo;
5. Se le emplee en trabajos prohibidos o contrarios a la moral o que pongan en peligro su vida o salud; y
6. Se le dispense trato negligente y malos tratos que puedan afectarle en su salud física o mental.

Otro de los aspectos considerados en la ley, es el de los menores carenciados, que es compatible con nuestras consideraciones de abuso por negligencia pues se trata de aquellos que son desprovistos de sus necesidades básicas de orden material, espiritual e intelectual, el código agrega además, que para ser carenciado no debe cumplir los criterios de abandono en cuyo caso entra en otra tipificación. De esta forma se incluye a los que le son negadas sus asistencias alimentaria en forma total o parcial, su asistencia escolar o su domicilio familiar. De ser así será asistido por un Defensor del Menor quien interpondrá un recurso con el Estado para que se le provea lo necesario o el Estado asumirá ese rol así como la protección del menor.

Como parte de la protección a los menores de edad están las reglas con respecto a su capacidad laboral, la cual está totalmente prohibida para menores de 14 años, excepto para funciones de carácter agrícola y domésticas, con consideraciones especiales, entre los 12 y 14 años. Para los menores de 18 años queda prohibido cualquier trabajo que atente contra su vida, salud, educación o moral. De esta forma no pueden trabajar en clubes nocturnos, lugares de expendio de alcohol o de juegos de azar. No pueden se utilizados en espectáculos públicos o programas radiotelevisivos que afecten la moral cuya censura será competencia del Consejo Nacional de Familia y del Menor. No deberán trabajar con materiales peligrosos, radioactivos, eléctricos, explosivos, o en túneles, siempre y cuando no sea parte de su aprendizaje a nivel de las escuelas vocacionales y estos estén supervisados por autoridades competentes y de trabajar, el menor tiene derecho a salario, prestaciones sociales y garantías laborales con un horario de 6 horas máximo, durante las horas del día.

SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

Si bien este no es una entidad descrita entre las patologías psiquiátricas, en los últimos años está ganando relevancia entre los profesionales de la salud y especialmente del derecho. Se trata de un fenómeno descrito por un psiquiatra llamado Richard Gardner en el que uno de los progenitores, conocido como el *alienador* lleva a los hijos a sostener una postura en contra del otro padre, rechazándolo y haciéndolo culpable o responsable de las situaciones desventajosas en las que se encuentren, con el fin de destruir la relación entre ellos. El progenitor *alienador,* como se le llama al padre que provoca esta conducta, suele ser muy sobreprotector o controlador, incapaz de entender la individualización de sus hijos como seres independientes, separados de éste. Por otro lado, suele tener una situación no resuelta con el otro padre que lo lleva a sentir enojo, celos o deseos de vengar una condición antes vivida. En algunos casos la motivación puede ser únicamente económica. Por estas características tiende a considerar su punto de vista como único y le cuesta aceptar las nuevas reglas aún cuando sean impuestas por los tribunales.

La inducción de esta condición es una forma de maltrato psicológica, que puede generar en las víctimas cuadros psiquiátricos importantes del orden de la depresión, caracterizados por problemas de autoestima, culpabilidad, sentimientos de abandono, desesperanza y soledad. También aparecen trastornos de personalidad, de conducta, uso de drogas o alcohol e inclusive, intentos de suicidio. Otros presentan trastornos en su adaptación ya que han convivido con modelos patológicos y llegan a desarrollar la misma conducta alienadora.

La identificación del síndrome debe ser tarea de profesionales de la salud mental, conocedores de las características del mismo, y debe ser apoyado por evaluaciones clínicas y exámenes psicológicos.

- Características del alienador
  - Devalúa o insulta al otro padre en presencia de los hijos.
  - Rehúsa pasar llamadas, cartas o regalos a los hijos provenientes del otro progenitor, criticándolos o amenazándolos si los aceptan.
  - Impide el derecho de visita, deliberadamente u organizando actividades en ese período u ocultando información sobre la existencia de las mismas.
  - Toma decisiones importantes sin el conocimiento del otro padre, incluyendo asistencia médica, cambios de residencia, escuela, o apellidos, vacaciones, actividades extracurriculares u otros.
  - Presenta al nuevo cónyuge como su nuevo padre o madre y habla en forma desvalorizadora sobre la nueva pareja del otro progenitor.

El alienador es convincente con los terceros de su buena intención y de los deseos de que se establezca una relación entre los padres y sus hijos. Sin embargo se torna hasta paranoico con todos aquellos que quieran defender al otro padre y no reconoce la necesidad de los hijos por mantener una relación sana con los padres de las dos líneas y en ambas vías. En ocasiones puede llegar a denunciar abusos inexistentes desde el psicológico hasta el sexual con lo que afecta terriblemente a los hijos que a partir de ese momento se someterán a evaluaciones y exámenes reiterativos que lejos de ayudarlos los traumatizan aún más.

Las motivaciones en los hijos para conservar la conducta responden a cuán programados hayan sido por el alienador. La mayor parte de las veces el hijo mayor es el primero en manifestar el cuadro y en ese orden aparecen los síntomas en los demás hijos. Estos se convencen de que serán maltratados si se van con el progenitor alienado o mienten sobre las situaciones que se presentan para complacer al alienador por lo que se establecen serios conflictos de lealtad. Muchos son los hijos que temen ser abandonados y otros los que aprenden a manipular su sistema o asumen roles que no les corresponden como el de proteger a los padres, con lo que la carga emocional es mayor para ellos.

Una vez identificado el cuadro, y en ausencia de una verdadera patología de riesgo para los niños, se debe intentar una mediación por profesionales en el que se logre enseñar a cada padre que ninguno de ellos representa un peligro para los hijos, este trabajo se hace inicialmente en forma individual hasta lograr una sesión conjunta libre de hostilidad. Si esto no resulta, hay que recurrir al sistema judicial.

En los casos de síndrome de alienación parental, el terapeuta tiene como objetivo conocer sus características a fin de diagnosticarlo en forma precisa y no confundirlo con un caso de maltrato de otra índole o de enfermedad mental que pudiera tratarse médicamente. Debe establecer un plan de tratamiento a base de terapias psicológicas para cada uno de los afectados que deben ser reevaluados en un tiempo y cuyos resultados deben ser reportados a nivel judicial.

El enfoque legal debe ir dirigido a:

- Ordenar la asistencia terapéutica a los miembros de la familia afectada

- Decidir la custodia de los menores, que dependiendo del grado de alienación y de la competencia de los progenitores puede ser uno u otro, algún familiar de estos, una familia sustituta o una institución estatal.
- Aplicar sanciones a los que incurran en desacato de las órdenes del tribunal como los que perpetúen la condición de alienación en los menores que pueden ir desde económicas hasta privación de libertad.

DIVORCIO

Una de las situaciones que involucra los aspectos legales en una forma importante es el divorcio, que además, lleva consigo implicaciones de tipo psicológica y social que afectan al niño y a quienes lo rodean. Es un proceso cuyo tiempo no puede definirse y sus consecuencias son variables según las condiciones que lo enmarquen.

En el proceso del divorcio suelen identificarse tres etapas básicas que son:

- La fase aguda. Es necesario destacar que, en la mayor parte de los casos, el divorcio no es una decisión tomada en forma tranquila y meditada por ambas partes, generalmente, uno de los miembros de la pareja toma la determinación de retirarse y ocurre luego de muchas situaciones de conflicto, algunas de ellas muy serias. Es por esto que encontramos sentimientos de rabia, depresiones reactivas que llegan a extremos de acompañarse de ideaciones francamente suicidas y otras veces el pensamiento se invade por contenidos de daño y referenciales que poco ayudan a los miembros de la familia a la reestructuración sana.

- Fase de transición. Como en todo proceso de reorganización, hay un periodo en que las partes tratan de buscar nuevos mecanismos para activarse y funcionar en una forma adecuada. Empiezan a actuar en forma independiente sin la necesidad de la antigua pareja y pueden empezar a negociar con esta sin entrar en conflictos.

- Fase de estabilidad. En la búsqueda de esta nueva forma de vida, los miembros de la pareja hacen nuevas amistades, nuevas alianzas, descubren otros compañeros y reajustan los roles en el hogar y con sus hijos y familiares así como con su entorno social. Es este momento los miembros de la familia han encontrado la forma de funcionar armónicamente y aceptar que, si bien no lograron éxito como pareja, sí pueden hacerlo como padres de sus hijos comunes.

Es importante que todos aquellos que estén involucrados en el proceso de divorcio conozcan las etapas y los efectos que se derivan del mismo para que, en lugar de aumentar los daños, puedan ser entes mediadores para una separación sana, que lesione lo menos posible a quienes ya están sufriendo.

Con frecuencia, médicos con poca experiencia en este aspecto se parcializan por una de las partes, se vuelven castigadores o juzgan a uno u otro, o bien por no participar en la atención del niño o por ser exagerados en la búsqueda de ayuda para el mismo. Lo que no se evalúa es que probablemente, estas sean reacciones producto de una condición que genera mucho dolor o conflicto en los padres, motivo por el cual

evaden la asistencia a lugares comunes o la comunicación es tan pobre que no se informa de lo que le sucede al niño. Otras veces, la búsqueda constante de atención para el menor responde a una necesidad del adulto que no reconoce que no puede resolver el problema y necesita del hijo como paciente identificado para poder satisfacer una atención que necesita para sí. En gran parte de los casos y el peor de estos, el hijo se convierte en el medio para que los padres peleen y se manipulen el uno al otro.

El peligro en esta situación radica en la falta de empatía y visión por parte del profesional para detectar lo que realmente sucede y poder devolver a esta familia en desintegración algo que le permita funcionar en su nueva estructura sin perder de vista las necesidades vitales y afectivas de los hijos.

En este punto muchos abogados menos sensibles aprovechan el dolor y la rabia de sus clientes y los errores de la contraparte para hacer del divorcio "un caso" perdiendo de vista que tras semanas, meses y a veces años de litigios hay seres humanos que sufren la angustia de no poderse permitir el reiniciar una vida más saludable y estable.

Finalmente, muchos jueces toman decisiones basados en "buenos" casos legales pero terribles casos clínicos que llevan a consecuencias negativas en la vida social, académica, y sobretodo emocional de los niños.

- Consecuencias del Divorcio.

Posterior a la separación suceden cambios significativos para todo el grupo familiar. La ruptura del vínculo genera inseguridad, temores, confusión y muchas veces sentimientos de soledad. Los padres, inmersos en sus problemas y atendiendo a las nuevas situaciones que tienen que afrontar, se alejan no sólo física sino emocionalmente de sus hijos.

Para el niño sobrevienen sentimientos de culpa, tanto si han sido objeto de las peleas como si no, ellos sienten que han tenido alguna responsabilidad en el hecho de que sus padres no sigan juntos, creen que tal vez se portaron mal o no hicieron lo que debían.

Los padres, por su parte, en su intento por aliarse al hijo o por tener que atender otros asuntos, se tornan permisivos, con dificultad para poner límites y ejercer adecuadamente la autoridad.

Muchas veces uno de los hijos se "parentaliza" tomando el rol del padre ausente, acompañando a la madre e intentando dar órdenes a los hermanos. Es muy frecuente que aparezcan conflictos de lealtad que afectan a los hijos pues al no querer herir a un padre evitan al otro y viceversa sobretodo en aspectos afectivos. También pueden ser testigos de acusaciones, descalificaciones y peleas que le producen un terrible malestar, consiguiendo aumentar los sentimientos de angustia, la sensación de estar actuando mal y por consiguiente de culpa lo que finalmente termina alejándolos más de los seres más importantes para ellos: papá y mamá. En algunos casos esto inclusive se generaliza hacia la familia extendida con lo que el niño va debilitando sus redes de apoyo. Algunas veces se convierten en mensajeros entre sus padres lo que significa una carga emocional muy grande para los ellos.

En el aspecto socioeconómico también figuran cambios. Los estatus se desmejoran y los amigos se ven forzados a separarse pues la familia ya no mantiene relaciones con los mismos grupos sociales de antes. Otras veces abandonan la casa, cambian de

vecindario, de escuela o se van a vivir con miembros de la familia de uno de los padres como abuelos, tíos y en casos extremos los hijos son repartidos entre estos y la familia se desintegra totalmente.

Clínicamente, puede aparecer trastornos en el sueño, la alimentación, el comportamiento o la interacción social, disminución en el rendimiento académico, enuresis, encopresis, e inclusive agravar las patologías físicas o psicológicas que ya existían antes de que ocurriese la separación.

Las primeras reacciones son de negación, seguidas de profundo dolor. Los más pequeños pueden presentar regresiones, ansiedad de separación, temor de perder al otro padre, miedos y ansiedad. Pueden tornarse muy demandantes e inclusive agresivos con terceros. En el caso de los escolares, se observan más claramente las fantasías de reunión, la idealización del padre ausente, la ambivalencia con respecto a sus progenitores en cuanto a si son buenos o malos y las alteraciones a nivel del funcionamiento escolar. Para los adolescentes, las respuestas son más asociadas a patologías depresivas o a trastornos del comportamiento llegando a ser violentos o autolesivos. Puede ocurrir la identificación con uno de los padres en contra del otro lo que es alimentado por el primero.

Con frecuencia, los padres consultan a los médicos en busca de atención para sus hijos en quienes identifican problemas que no logran ver en sí mismos y el reflejárselo y tener que reconocerlo, los hace responsable de los cambios que se han generado en el sistema lo que no siempre están preparados para afrontar por lo que terminan por descalificar al médico, buscar muchas opiniones, y abandonar los tratamientos.

- Aspectos Legales del Divorcio.

Cuando una pareja ha decidido separarse puede llevarlo a efecto por medios legales utilizando varias causales que incluyen situaciones de abuso, adicciones, abandono de los deberes conyugales y deseo de las partes. En este apartado haremos referencia a aquellos aspectos que afectan directamente la condición de los menores, como los son las custodias y el bienestar de los mismos.

Una de las situaciones que a menudo se presenta en la disputa de la separación tiene que ver con la tenencia de los hijos y los derechos que cada padre quiere exigir sobre el otro, lo que va ligado a una serie de deberes que también deben ser cumplidos. Por lo general, existe una confusión entre lo que significa la patria potestad y lo que es competencia de la guarda y crianza. A este respecto la ley establece en el Código de la Familia que la patria potestad exige de los padres el velar por la vida y salud de sus hijos y por proveerle las necesidades afectivas y vitales lo cual debe ser ejercido por ambos padres o por uno solo si el otro lo consiente y en caso de conflicto será decidido por el Juez por un término que no deberá exceder los dos años.

La guarda y crianza y el régimen de visitas deberá establecerse por un acuerdo legal que no afecte los intereses del niño y como regla general: *"quedan al cuidado del progenitor en cuya compañía se hayan encontrado hasta el momento de producirse el desacuerdo"*. Si estuviesen con ambos la autoridad competente dispondrá lo conveniente, incluso una tercera persona si fuese necesario. Aquél que no tenga la guarda conservará el derecho de comunicación y de visitas en una forma regulada que deberá cumplirse y podrá ser sujeto a modificaciones. Este derecho podrá hacerse extensivo a los ascendientes o a otros parientes que la autoridad decida.

Otro aspecto en litigio son las pensiones alimenticias que son prestaciones económicas que dependen de la situación de quien la otorga y de las necesidades de quien la recibe. Estas comprenden alimentos, medicamentos, vestido, vivienda y fines para su instrucción. A este particular el artículo 379 del capítulo I de alimentos del mismo Código señala que: *"la reclamación de alimentos cuando proceda y sean dos o más los obligados, se hará por el siguiente orden: al cónyuge, a los descendientes de grado más próximo, a los ascendientes de grado más próximo, a los hermanos, pero están obligados en último lugar los que sólo sean de vínculo sencillo".* Si son varios los que reclamen a una persona legalmente obligada y ésta no pudiese cumplir con todos por limitaciones económicas se dará prioridad al hijo o hija sujeto a la patria potestad por encima del cónyuge. Este derecho no es renunciable ni transferible a terceros y sólo se suspenderá cuando el beneficiario llegue a la mayoría de edad, excepto si se requiere para continuación de estudios y se prorroga la patria potestad, cuando el obligado no pueda seguir asumiendo el compromiso por reducción de ingresos comprobado, cuando el beneficiario tenga un ingreso propio que no requiera la pensión o por emancipación o muerte del mismo.

Es importante que las personas encargadas de mediar en el divorcio y en la ejecución de los procesos de tenencia y pensión tengan presente el bienestar de los niños y el de sus respectivos clientes y no el luchar por ganarle a una contraparte, que en el mayor número de los casos arrastra una historia dolorosa y traumática.

MENORES INFRACTORES

Los actos delictivos ejecutados por los menores de edad se están convirtiendo en un serio problema de salud pública. Son cada vez más frecuentes el número de casos que se presentan en este sentido y que, magnificados por la opinión pública y los medios de comunicación sensacionalistas, crean una situación de temor y de rechazo por parte del público en general a aquellos que están menos favorecidos lo que cierra el círculo de marginación, rechazo mutuo y violencia.

Actualmente, los actos más comúnmente realizados por los menores infractores y considerados graves son los de homicidio, robo, asalto sexual y tráfico de drogas ilícitas. Muchos actúan en forma individual, otros en forma grupal o bajo presión de un adulto.

Se le conoce como menor infractor al adolescente mayor de catorce años y menor de dieciocho que cometa un acto punible por la Ley y *acto infractor* al hecho por el cual el adolescente viola la Ley Penal. En la ley panameña no se considera a los menores de catorce años responsables penales de las infracciones cometidas a esta por lo que son referidos a instancias judiciales de niñez y adolescencia las que sólo aplicarán medidas reeducativas para los mismos.

Son muchos los factores que influyen en la comisión del acto infractor. Los más estudiados responden a variables de tipo psicosocial como los son:

- Historia Familiar: Familia inestable, caótica, padres con antecedentes de encarcelamiento, conducta delictiva, uso de drogas ilícitas o de alcohol, con historia de promiscuidad, violencia, abusos o inestabilidad emocional, enfermedad mental, con constantes mudanzas o tendencia al abandono de sus miembros o con relaciones patológicas entre los mismos.

- Historia Escolar: Problemas en el área escolar incluyen los trastornos de aprendizaje, del lenguaje, la deserción escolar, las fugas de las horas de clase, las pandillas, los problemas de conducta a nivel escolar.

- Historia Social: La situación socioeconómica juega un papel importante en el desarrollo de la conducta delictiva, la falta de oportunidades, de empleo del tiempo libre en forma sana, los modelos inadecuados, y el crecimiento en un entorno crítico conocido popularmente como “área roja” .

Un factor menos considerado pero igualmente importante es el biológico. En este aspecto se consideran las enfermedades de carácter neurológico que predisponen a una conducta agresiva o impulsiva, en que está comprometida la capacidad de medir las posibles consecuencias de los actos, como lo son las epilepsias y los traumas craneoencefálicos. Se han observado que los electroencefalogramas lentos en las áreas temporal anterior y fronto-temporal están relacionados con estas características en el individuo. Dentro de la historia personal del individuo se incluyen también los antecedentes de trastornos de conducta, trastornos oposicionistas desafiantes, abuso de sustancias, psicosis, exposición a violencia física, sexual o psicológica, situaciones conflictivas en períodos críticos de la niñez. Así mismo la pobre capacidad intelectual y en su mayor expresión, el retardo mental, son predisponentes para este tipo de conducta. En el campo sexual de los adolescentes hay que considerar, el inicio temprano de vida sexual activa y la frecuencia aumentada de las mismas así como la existencia de múltiples compañeros sexuales.

En cuanto a las características de los actos infractores, se han hecho varias clasificaciones según el tipo de crimen, quien lo comete, las motivaciones o el tipo de arma usada entre otras. De esta forma tenemos:

- Tipo de acto: los hay leves y graves, siendo estos últimos los robos, homicidios dolosos, asaltos sexuales y el tráfico de drogas.
- Infractor: menores o mayores de catorce años, y se incluye también la competencia mental.
- Motivación: premeditación, impulsividad, en compañía o solos.
- Arma: si se usó o no un arma, si era blanca o de fuego u otro medio.
- Victimología: si el acto cometido fue en perjuicio de un conocido, otro menor o un adulto.

Los actos relacionados con asuntos domésticos, peleas, revanchas y ataques sexuales son, en general, de causa personal, las víctimas son menores, y conocidas. Mientras que los de tráfico de drogas y felonías están más vinculados con adultos y suele haber antecedentes de abuso.

En Panamá se aprobó la Ley 40 del 26 de agosto de 1999 que trata sobre el régimen especial que regula la responsabilidad penal para la adolescencia. La misma establece que los adolescentes son responsables por las infracciones que cometen contra la Ley penal y, por lo tanto, son sujetos de sanciones pero en el marco de un sistema que procure su protección, cuidado y educación. El objetivo va dirigido no sólo a proteger a la comunidad sino también a educar y resocializar a los infractores de forma tal que puedan reinsertarse en la sociedad y en sus familias de una forma más saludable y constructiva. Este reglamento se fundamenta en los Derechos del Niño, las reglas de

Naciones Unidas para la administración de justicia, para la protección de menores privados de libertad y para la prevención de la delincuencia juvenil.

Al igual que con los casos de maltrato, cualquier persona que sepa de un acto infractor deberá denunciarlo al Ministerio Público, con la única excepción de que se trate de un delito de acción privada, en cuyo caso la investigación la solicitará la persona ofendida.

En este país varias instancias legales que son las encargadas de atender los casos de menores infractores:

- Juzgados Penales de Adolescencia que son la dirección más importante para la atención del acto infractor. Son los que darán orden de las sanciones a impartir y las obligaciones del menor en torno al hecho punible.
- Tribunal Superior de Niñez y Adolescencia. Es la segunda instancia que debe conocer todos los asuntos que se ventilen en los juzgados en general.
- Juzgados de Niñez y Adolescencia. A estos le serán derivados los casos de los menores de catorce años que comentan un acto delictivo.
- Juzgados de Cumplimiento: Tiene que velar por el cumplimiento de las sanciones que se le asignen al menor.
- Fiscales de Adolescencia: Tienen a su cargo, a través del Ministerio Público, la acción penal que consiste en la persecución e investigación del acto infractor.
- Unidad Especializada en el Acto Infractor: Corresponde a la Policía Técnica Judicial, y actúa como auxiliar del Ministerio Público en la investigación del acto infractor. Deben estar capacitados para el manejo de adolescentes y son los encargados de los informes, que incluyen datos sobre serología, toxicología, balística, huellas y polímetros.
- Policía Nacional: que tiene la responsabilidad de organizar una unidad especial para auxiliar a las autoridades en la persecución del acto infractor. Deben conocer sobre el manejo conductual y los derechos humanos de los adolescentes y practicarlos sin humillarlos ni denigrarlos y no están autorizados para ejecutar interrogatorio alguno.

En el proceso penal se debe determinar si se ha cometido un delito, quién lo cometió y establecer las sanciones en proporción al mismo. El adolescente tiene derecho a ser informado de todas las fases del proceso, a ser escuchado, acompañado por sus padres o tutores y a ser asistido y representado por un abogado privado o asignado por la Corte Suprema de Justicia. El joven tiene derecho a no declarar sin ser coaccionado y, si es mayor de dieciséis años, podrá solicitar que no estén los padres presentes lo que se aceptará si esto pudiera afectar la declaración de alguna manera.

Los padres o tutores pueden ayudar en la defensa como testigos o completando la información que sobre el menor se solicite y tienen derecho a que se les informe sobre todo el proceso legal así como las conclusiones del mismo y tienen el deber de acatar las ordenes del juez y participar en el cumplimiento de las mismas.

Dentro del proceso, la autoridad puede solicitar que se realicen estudios psiquiátricos, psicológicos o psicosociales. Para este efecto existe el Instituto de Medicina Legal quien asigna un psiquiatra forense para que realice el estudio ordenado. El encargado de esta evaluación queda a órdenes de las autoridades para

ser interrogado el día de la audiencia toda vez que su reporte y declaración tiene las propiedades de un dictamen pericial.

Los psiquiatras clínicos contribuyen como testigos en los procesos y posteriormente tienen una mayor participación en los procesos terapéuticos sugeridos como parte del tratamiento y rehabilitación de los adolescentes en que los psiquiatras forenses no participarán.

Una acción legal puede finalizar si el Juez así lo decide, si lo remite a otra instancia o si el adolescente ha cumplido con las obligaciones asignadas y no se trata de un delito grave.

Finalmente, si al adolescente se le encuentra responsable del acto infractor, se le aplicarán una serie de sanciones que tienen como objeto lograr un cambio en la actitud del chico, modificar su conducta y que logre desarrollar nuevas capacidades que le permitan adaptarse mejor a la sociedad. Para esto se requiere la participación de la familia, de la propia comunidad y de los especialistas en el ramo. De esta forma las sanciones son de tres tipos:

1. Socioeducativas: que van desde llamados de atención, hasta la participación en actividades de asistencia y servicio a la comunidad.
2. Orientación y Supervisión: Regulan las actividades del adolescentes. Sus hábitos, sus compañías, el uso del tiempo, la residencia y la asistencia a tratamientos.
3. Privación de libertad parcial o total en casa o en centros de cumplimiento. Si es mayor de dieciocho años antes de cumplir con la pena será enviado a pabellones especiales y si supera los veintiuno será remitido a los centros penitenciarios. En estos centros se pretende que se logren las metas de escolarización, capacitación profesional, recreación y atención a grupos familiares a fin de promover una reinserción en la familia y la sociedad.

El ente encargado de regular las sanciones y por lo tanto, encargado de organizar los programas para tales fines es el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia.

Recientemente se realizaron modificaciones a esta Ley sobretodo en lo referente a prolongación del tiempo de la pena para las sanciones entre otras.

- Hospitalización de Niños y Adolescentes en Situaciones de Riesgo.

Uno de los aspectos que los clínicos confrontan con frecuencia es el de tomar la decisión de hospitalizar pacientes en situaciones de riesgo. Es más difícil aún cuando el riesgo es de tipo social. A menudo llegan a los cuartos de urgencias menores solicitando atención por intentos de suicidio, situaciones violentas o aquejando síntomas producto de condiciones que les generan miedo, tensión, tristeza o en busca de un soporte fuera de un medio que sienten amenazante. Es en estos casos cuando al médico le corresponde proteger al paciente.

Muchas veces la forma más efectiva de proveer seguridad es mediante una hospitalización. La misma debe acompañarse, no sólo de tratamiento médico, sino también de una evaluación por un trabajador social y muy probablemente una notificación inmediata a una autoridad judicial.

Cada vez que se hospitalice a un menor de edad debe existir un consentimiento firmado por los guardadores previa información de las motivaciones basadas en los probables diagnósticos o los factores de riesgo encontrados y las intenciones de ofrecer un tratamiento, protección y orientación no sólo al paciente sino también a los responsables del mismo.

Si los familiares o tutores del paciente se niegan a aceptar la hospitalización o los tratamientos indicados procede determinar si el rechazo a los mismo se acompaña o no de riesgos, en este último caso cabe el relevo de responsabilidad que debe ser firmado por los encargados del paciente con un testigo presente que lo avale. De tratarse del primer caso, se debe solicitar la protección a un juzgado.

El Código de la Familia incluye algunos artículos que protegen al facultativo en las decisiones respecto a la hospitalización no consentida. Entre estos están en artículo 325 que señala lo siguiente:

"Cuando sea necesaria una hospitalización, tratamiento o intervención quirúrgica indispensable para proteger la salud o la vida de un menor, el Juez puede autorizarla, aún contra la voluntad de los padres o responsables del mismo. Cuando el menor se encuentre en inminente peligro de muerte, el médico podrá ordenar su hospitalización, tratamiento o intervención quirúrgica con la obligación de comunicarlo al juez a la mayor brevedad posible."

De igual modo en los casos de maltrato o sospecha del mismo la Ley faculta al médico a mantener bajo protección al menor dándole un margen de 24 horas para la notificación del caso al Juez:

Artículo 503. *" Toda autoridad administrativa, el médico que tenga a un menor bajo tratamiento, o el funcionario a cargo de un hospital u otra institución de salud, podrá asumir la protección del menor cuando tenga motivo razonable para creer que ha sido víctima de maltrato. Esta retención no podrá exceder de veinticuatro (24) horas, a excepción de que por cualquier medio se produzca intervención del Juez de Menores, en cuyo caso se estará a lo que éste disponga."*

Para efectos de la autoridad competente el artículo 504 establece que:

"El Juez de Menores o un funcionario administrativo, en casos de urgencia, informado de una situación de maltrato o requerido al efecto, adoptará las medidas que estime convenientes, según la gravedad del caso, incluyendo la hospitalización y el tratamiento médico que requiera el menor. Así mismo, está obligado a prevenir la repetición de los hechos, para lo cual se ofrecerá, a través de los organismos competentes, una adecuada terapia y rehabilitación de la familia."

Conociendo lo que dictan los códigos y con el apoyo de la instancia judicial respectiva podemos ejercer nuestra función de protectores de la salud desde un punto de vista integral.

- Reconocimiento de los hijos.

Una de las consultas que se presentan en los hospitales es en las salas de obstetricia donde jóvenes adolescentes atraviesan por las dificultades del embarazo y el puerperio sin el soporte del compañero, en la mayor parte de los casos adulto, que como ellas tiene las responsabilidad sobre la atención del bebé y que muchas veces evaden.

Aparecen en estos casos abuelos maternos dispuestos a fungir como padres legales de los nuevos miembros de la familia, lo que plantea confusiones en los roles y posibles cuestionamientos futuros para esos individuos que serán hijos legales y nietos consanguíneos de la misma persona.

El concepto de ilegitimidad ya es obsoleto en nuestra Constitución por cuanto esta califica a todos los hijos como iguales, fuera o dentro del matrimonio y con los mismos derechos entre sí.

Los reconocimientos de un hijo pueden hacerse en forma voluntaria en el Registro Civil o en el lugar de nacimiento o pueden llevarse a cabo en forma legal o judicial si hay renuencia a la aceptación de uno u otro padre como tal o rechazo a asumir la responsabilidad por alguno de ellos.

Actualmente, y amparada por la Ley 39 de 2003, la madre aún cuando sea adolescente reconoce a su hijo y de no contar con el apoyo del padre biológico al momento de anotarlo puede declarar el nombre del mismo, siempre que tenga la certeza de quién es pues se hace bajo juramento que de comprobarse falso le conferirá a ella una sanción penal. El padre tiene 10 días para presentarse en el Registro Civil de lo contrario se inscribe como su hijo y tiene un año a partir de esa fecha para impugnar la paternidad. De practicarse la prueba de ADN esta según el resultado positivo o negativo será sufragada por el padre o la madre respectivamente.

- Los Testimonios Infantiles

El hacer de la psiquiatría un medio para acceder a las cortes y armar casos legales ha tenido un efecto positivo desde la perspectiva de ayudar a familias y sobretodo niños y adolescentes que de otro modo no llegarían a la atención en salud mental para los múltiples problemas que crea la sociedad actual. Sin embargo, también ha tenido un efecto negativo importante, y es que ha hecho que los médicos especialistas en la psiquiatría infanto-juvenil vean su labor de una forma defensiva y a los pacientes como potenciales adversarios, lo que crea un marco de atención frío, distante y muchas veces poco terapéutico.

Los médicos a menudo rechazan atender estos casos para evitar las incomodidades que conforma el tener que acudir a juzgados donde muchas veces son tratados en forma despectiva por abogados, cuestionados en sus capacidades y decisiones, retenidos por largas horas afectando su rendimiento laboral y dejando sin atención a otros pacientes que han esperado días para ser asistidos, sin agregar a esto, los gastos que estas citaciones significan tanto en costos activos como pasivos que nunca son compensados.

Cuando un clínico acude a un juzgado o una fiscalía debe ir preparado para ser interrogado sobre todo lo referente al paciente en cuestión. Como hemos señalado anteriormente, se le exigirá un juramento, se le solicitarán sus credenciales y señas personales y se procederá a las preguntas, las que serán escritas a máquina para dejar copia de la declaración en el expediente legal. El testigo tiene el derecho de leer y corregir el escrito antes de firmarlo.

Los encargados de atender la salud mental de los menores a menudo intervenimos a fin de que se evite la revictimización de los mismos mediante constantes exámenes, así como también podemos solicitar al Juez que se eviten lo mismo mediante reiterados interrogatorios.

Cuando los niños son parte de un caso legal son llamados a contar y repetir las historias muchas veces y a diferentes personas. Se comprende que quienes tienen la responsabilidad de decidir sanciones necesitan un expediente completo y el convocar para nuevas entrevistas ayuda a consolidar un caso, ampliar información y validar datos nuevos que puedan ir apareciendo. Sin embargo, los niños son vulnerables y su estructura psicológica y cognitiva aún en desarrollo puede provocar errores en su testimonio que no significa que carezca de veracidad sino que en el tiempo se alteran sus canales de memoria mediante la intrusión de nuevos elementos, el olvido de otros o la creación de fantasías con respecto a la realidad vivida. Si bien pudieran recordar más datos quizá los mismos serían menos fidedignos.

Cuando los niños son entrevistados con miras determinar su participación como víctimas en una situación dada, los interlocutores tienen inquietudes que van desde la casi certeza de que ocurrió el hecho descrito pasando por toda clase de dudas al respecto hasta de que no fue así. De cualquier modo, ante la duda de que algo pudo suceder se debe proceder a proteger al niño y ayudar a la familia a la que pertenece. En cualquiera de ambos casos, es importante obtener información lo más completa y veraz posible del menor, de su familia, de los testigos y del sospechoso o victimario.

Cuando evaluamos a un niño y lo involucramos directa o indirectamente en el proceso legal tenemos que considerar sus emociones con respecto al hecho, las condiciones en que sucedió, la conducta, afecto y temperamento del niño antes y después de lo ocurrido, las necesidades del mismo y su credibilidad.

La credibilidad infantil es uno de los aspectos más controversiales. Algunos consideran que al niño hay que creerle siempre, otros reconocen la existencia de menores con conductas inadecuadas, manipuladoras y hasta disociales capaces de crear una historia con una ganancia secundaria. Lo cierto es que en cualquiera de las dos opciones el niño con seguridad requerirá el apoyo psicoterapéutico y probablemente, será a través de un medio legal la única forma para llegar a aquel.

Al evaluar la credibilidad de un menor es importante determinar si éste sabe cuál es la diferencia entre la fantasía y la realidad, entre la verdad y la mentira y si existen razones para mentir o sea coaccionado por terceros para hacerlo.

Parte de la evaluación de la credibilidad consiste en que las historias de todos los testigos y las repetidas por el niño concuerden entre sí. En la espontaneidad con que el niño relata los acontecimientos, sin inducción por parte de los entrevistadores. Es importante que la declaración del niño sea congruente con el nivel de desarrollo, que el reporte tenga hallazgos que se sostengan en el tiempo y el afecto expresado sea apropiado con el contenido. Un factor que debemos considerar es el nivel de alerta que el niño presente frente a los signos de peligro al ser entrevistado por desconocidos o al abordarse temas álgidos.

Puede ocurrir que el niño de información incompleta por distorsión de la memoria o falta de comprensión de las preguntas lo cual no deben ser criterios que afecten la credibilidad de la información aportada por éste.

Si para un adulto que va a comparecer frente a un tribunal el acto en sí representa una situación desconocida, que genera temor e incertidumbre, el lugar suele ser poco acogedor e intimidador y las personas que participan en esto se perciben como amenazantes, para un niño o un adolescentes que además se le agrega la inmadurez en el desarrollo físico, cognitivo, psicológico y emocional, la vulnerabilidad frente a los adultos, frente a las figuras de autoridad y frente a la historia de vida que compartirá y quedará expuesta a partir de ese momento, las características de su temperamento, la

angustia, el temor, y las otras emociones que se deriven del hecho ocurrido y que tendrá que revivir será tanto más difícil. Todos estos factores deben tomarse en cuenta al momento de entrevistarlo, al momento de elegir el repreguntar y solicitar nuevas asistencias a declarar y sobretodo al momento de tomar decisiones que con seguridad marcarán el destino de estas víctimas.

Para concluir se debe agregar que si bien hay otras situaciones que pueden presentarse en la relación clínica y forense de los niños y adolescentes, son las descritas las que con mayor frecuencia aparecen en los sistemas de salud.

La atención de menores en situaciones de riesgo es responsabilidad de todas las instancias y no sólo del individuo y su familia; lo es también de los gobiernos y de los países en general ya que los macrosistemas tienen un peso importante en la generación de factores que potencian la aparición de casos como los estudiados previamente.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

A) Obras generales:
(En estas obras se consultó información sobre todos los temas tratados en este libro).

1. Ajuriaguerra J de, Manual de Psiquiatría Infantil. Toray-Masson S.A. 3ª edición. Barcelona, 1976.
2. Backwin H., Backwin RM. Desarrollo psicológico del niño: normal y patológico. Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1974.
3. Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en Niños y Adolescentes. Editorial Panamericana, 2001.
4. Diccionario Médicobiológico University. Editorial Interamericana, S.A. México, 1966.
5. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría, 7ª ed. Toray-Masson. Barcelona, 1975.
6. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott SA. DSM-IV. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. MASSON, 3a ed., 2001.
7. Kanner L. La Psiquiatría Infantil. Editorial Siglo Veinte, 4a edición. Buenos Aires, 1976.
8. Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins. Baltimore/London, 1980.
9. Kessler RA. Psychopathology of Childhood. Prentice-Hall Inc. New Jersey, 1966.
10. Kolb LC. Modern Clinical Psychiatry, 9a ed. W.Sanders. Filadelfia, 1977.
11. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Williams & Wilkins. Baltimore/London, 1996.
12. Merani, L. Diccionario de Psicología y Psiquiatría Imfantil. Ediciones Grijalbo. Barcelona, 1983.
13. Nelson WE, Vaughan VC, James McKay R. Tratado de Pediatría. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1980.
14. Noshpitz J. Basic Handbook of Child Psychatry. 4 vols. Basic Books Inc. Publisher. New York, 1979.
15. Postel J, Quétel C. Historia de la Psiquiatría. Fondo de cultura económica. México, 1ª. edición 1993.
16. Quay HC, Werry JS. Psychopathological Disorders of Childhood. John Wiley & Sons. New York, 1972.
17. Rutter M, Herzov L. Child Psychiatry: modern approaches. Blackwell Scientific Publications, 1977.

18. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría 5ª. edición, Masson. Barcelona, 2003.
19. Vidal G- Alarcon R-Lolas F Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría edt Panamericana. Buenos Aires, 1995.
20. Wolman BB. Manual of Child Psychopathology. McGraw-Hill Book Co. New York, 1872.

B) Bibliografía más relacionada con temas específicos.

Historia de la Psiquiatría pediátrica

1. Alexander FG. Historia de la Psiquiatría. Espax. Barcelona, 1970.
2. Alonso Fernández F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Paz Montalvo, 3ª edición. Madrid, 1977.
3. Antecedentes históricos de la psiquiatría infanto-juvenil en la República Argentina. Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto-Juvenil. http/www.aapi.comn.ar/nos_historia.htm, 1999.
4. Aubin H. Psicosis infantiles. Editorial Planeta. Barcelona, 1977.
5. Bender L. Schizophrenia in childhood. The Nervous Child. 1:138-140, 1942.
6. Bender L, Schilder P. Impulsions, specific disorders in children. Arch Neurol Psychiatry. 44:990-1005, 1940.
7. Boeree CG. Abraham Maslow. Biography. Pag. Web. http//www.ship.edu/~cgboeree/maslow.html
8. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health. Geneva, World Health Organization, 1951.
9. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. Am J of Orthopsychiatry 94:577-5885, 1937.
10. Chess S. Introducción a la Psiquiatría Infantil. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1967.
11. Erickson, EH. Infancia y Sociedad. Ed.Hormé, 6ª edición. Buenos Aires,
12. 1976.
13. García Gonzáles E. Vigotski. La construcción histórica de la psique. Trillas. México, 2002.
14. Grenacre P. The predisposition to anxiety. Psychoanal Quart. 10:66-94, 1941.
15. Jung CG. Conflictos del alma infantil. Paidós. Buenos Aires, 1972.
16. Kallman FJ. The genetic theory of schizophrenia. Am J Psychiatry. 103:309-322, 1946.
17. Kraepelin E. Psiquiatría Clínica. En T. Millon: Psicopatología y Personalidad. Editorial Interamericana, 1973.
18. Mahler M. On child psychosis in schizophrenia; autistic and symbiotic infantiles psychosis. Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 7, Int. Univ. Press. New York, 1952.
19. Michaux L. Psiquiatría Infantil: Completo estudio del niño inadaptado, enfermo crónico o afectado por algún trastorno. Biblioteca Universal Miracle, 3ª edición. Barcelona, 1973.
20. Nicolle G. Prepsychotic anorexia. Proc R Soc Med. 32:153, 1939.
21. O'Neil WM. Los Orígenes de la Psicología Moderna. Monte Avila Editores. Caracas, 1975.
22. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. Ediciones Morata. Madrid, 1977.
23. Sahakian WS. Historia y Sistemas de la Psicología. Tecnos. Madrid, 1982.
24. Shaw CR. Psiquiatría Infantil. Editorial Interamericana. México, 1969.
25. Skinner BF. Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella. Barcelona, 1974.
26. Smith S. Ideas of the Great Psychologists. Barnes & Noble Books. Cambridge, 1983.
27. Spitz R. El primer año de la vida del niño. Editorial Aguilar 3ª edición, 1975.
28. Spitz R. Anaclitic depression. Psychoanalytic Study of the Child II. Int. Univ. Press, New York, 1946.
29. Spitz R. Hospitalism: An inquiry into the Genesis of Psychiatric Condition in Early Childhood. Psychoanalytic Study of the Child I. Int. Univ. Press. New York, 1945.
30. Standing EM. La Revolución Montessori en la Educación. Siglo XXI. México, 1980.
31. Strauss A, Lehtinen L, Newell CK, Goldenberg S. Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1977.

32. Terman LM, Merrill. Medida de la Inteligencia. Espasa-Calpe. Madrid, 1966.
33. Tramer M. Manuel de psychiatrie infantiles generale. P.U.F., 1949.
34. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, 1958.
35. Watson JB. El conductismo. Biblioteca Psicologías del Siglo XX. Paidós. Buenos Aires, 1972.

La formación del psiquiatra pediatra

1. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Reglamento de Especialidades Médicas. Pag. Web.
2. http//medicos.sa.cr/leyes/reglamentos_espec.htlm
3. Dual Fellowships Training Program(DFTP) in Paediatrics and Child and Adolescent Psychiatry. Pag. Web. http//racp.edu.au/paed/spec/dftp 2. html
4. European Union of Medical Specialist. U.E.M.S. Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy. Requirements for Child and adolescent Psychiatry/Psychotherapy(CAPP) Training. Pag. Web. http//www.uems.be/childpsy.htlm
5. German Society for Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy. Pag. Web. http//www.dgk.sp.de/dgk.sp_e/infodgk.sp_e.htlm
6. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Informaciones generales sobre cursos de Postgrado para estudiantes extranjeros. Especialidades Médicas y Estomatológicas. Pag. Web.
7. Triple Board Program. The Department of psychiatry of the University of Pittsburgh. School of Medicine. Pag. Web. http//www.wpic.pitt.edu/education/residency_training/TRIPLE BOARD. Html
8. Triple Board Program. Department of Psychiatry of Mount Sinai School of Medicine. Pag. Web. 2002.
9. Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Docencia, Graduados y Relaciones con la Comunidad. Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría Infantil. Pag. Web. http//www.fmed.uba.ar
10. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Modificación Curricular del Programa de Especialización en Psiquiatría Infantil y Juvenil. Pag. Web.
11. http//www.ucla.edu.ve/secretaría/Gacetas/GACETAS/Gaceta62/PSIQUIATRIA INFANTIL_Y_JUVENIL. html
12. Universidad de Chile. Programa de Especialidades Primarias.Pag. Web.
13. http//med.uchile.cl/postgrado/primarias.
14. Universidad Nacional Autónomo de México. Oferta educativa. Duración de Especialidades Médicas del PUEM y Requisitos Previos. Pag. Web. http//www.facmed.unam.mx/posgrado/especialidades/durapuem.html
15. Universidad de Nuevo León (UANL). Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Pag.Web. http//www.uanl.mx/oferta_educativa/posgrado/fm/esppsiquiatríainfantil.html.
16. Wolman BB. Manual of Child Psychopathology. McGraw-Hill Book Co. New York, 1872.

Las necesidades de los niños para un desarrollo normal

1. Ausubel DP, Sullivan EV. Theory and Problems of Child Development. Grune and Stratton Inc. New York, 1970.
2. Mussen PH, Conger JJ, Kagan J. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Editorial Trillas 3ª edición. México, 1972.
3. Mussen PH. Handbook of Child Psycholgy. John Wiley & Sons. New York, 4a ed. 1983.
4. Scott JP. Early experience and the organization of the behavior. Belmont, Brooks-Cole, California, 1968.

Condiciones y causas del enfermar psíquico infantil

1. Einhorn AH, Rossi E, Puga TF. Ecología en Clínica Pediátrica. Editorial Panamericana, 1975.
2. Lorenz K. El comportamiento animal y humano. Plaza & Janés, Editores. 1974.
3. Mussen PH, Conger JJ, Kagan J. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Editorial Trillas 3ª edición. México, 1972.
4. Pinillos JS. Principios de Psicología 4ª edición. Alianza Universidad. Madrid, 1977.
5. Shaw CR. Psiquiatría Infantil. Editorial Interamericana. México, 1969.

Bases neurofisiológicas de las conductas y las emociones

1. Almea G. Administración de los recursos humanos. Los Mapas Mentales. HYPERLINK "http://www.mongrafias.com" Venezuela.
2. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurociencia: Explorando el Cerebro. Masson. Barcelona 2002.
3. Berthier M. Curso de Neurología de la Conducta y Demencias. Neuropsicología de la motivación y emoción. http://oaid.uab.es"
4. Guyton A.. Tratado de Fisiología Médica. Mc Graw Hill. 2001
5. Inza C. Los Tres Cerebros. http://www.acupuntura-orgon.com.ar. Buenos Aires, Argentina.
6. Rocha J, Martins J. Cerebro. Sistema Límbico: El Centro de las emociones. John Hopkins University. http://www.genaltruista.com"

Nosología y clasificaciones

1. Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en Niños y Adolescentes. Editorial Panamericana, 2001.
2. Rutter M. Shaffer, Sheperd M. A Multiaxial Classification of Child Psychatric Disorders. World Health Organization. Geneva, 1975.

Métodos de diagnóstico

1. Chess S. Introducción a la Psiquiatría Infantil. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1967.
2. Moor, L. Tests Mentales en Psiquiatría Infantil. Toray-Masson. Barcelona, 1969.
3. Simmons JE. Exploración Psiquiátrica del Niño. Salvat. Barcelona, 1977.
4. Szekely B. Los tests. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, 1966.
5. Terman LM, Merrill. Medida de la Inteligencia. Espasa-Calpe. Madrid, 1966.

Los tratamientos psicológicos

1. Anziew D. El psicodrama psicoanalítico en el niño. Paidós. Buenos Aires, 1961.
2. Bandura A, Walters RH. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza Universidad, 2ª edición. Madrid, 1977.
3. Bierman G. Tratado de Psicoterapia Infantil. Editorial ESPAX, Barcelona, 1973.
4. Blackman Como modificar la conducta infantil. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, 1973.
5. Castanedo C. Terapia Gestalt: enfoque del aquí y ahora. Universidad de Costa Rica. Edit. Texto, 1983.
6. Childress AR, Burns DD. Cognitive therapy: the basics. Psychosomatics, vol. 22:1017-1027, dic. 1981.
7. Cohen R, Schleser R. Citados por TA Petti. Cognitive Therapies en M Lewis: Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Williams & Wilkins. Baltimore/London, 1996.
8. Foulkes S, Anthony EJ. Group psychotherapy. Penguin Books, 2a ed. London, 1967.
9. Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1975.
10. Graziano AM. Terapia Conductista en el niño. Ed. Fontanella. Barcelona, 1976.

11. Lebovici S. Psychoanalytical application of psychodrama. J Soc Ther. 2:380, 1956.
12. Marholin D. Child Behavior Therapy. Gardner Press Inc. New York, 1978.
13. Mushin D. General Principles of Treatment in Child. En P.D. Steinhauer y Q. Rae-Grant: Psychological Problems of the Child and the Family, 2a ed. Basic Books Inc. Publishers. New York, 1983.
14. Reisman J. Principles of psychoterapy with children. London:Wiley, 1973.
15. Rogers CR. Client Centered Therapy. Houghton Mifflin. Boston, 1951.
16. Ruíz Sánchez JJ, Cano Sánchez JJ. Manual de Psicoterapia Cognitiva. Psicología Online. Pag. Web.
17. Santoestefano S. Cognitive control therapy witg children and adolescents. Pergamon Press. New York.
18. Skinner BF. Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella. Barcelona, 1974.
19. Terapia Cognitivo Conductual. Facultad de Medicina UNAM. Pag. Web.
20. Wolpe J. The sistematic desensitization treatment of neuroses. J Ner Ment Dis 132:189-203, 1962.
21. Yates AJ. Terapia del comportamiento. Editorial Trillas. México, 1976.

Terapias de familia

1. Beavers WR, Hampson R. Familias Exitosas, Evaluación tratamiento e intervención. Paidós, 1ª. Ed. Buenos Aires, 1995.
2. Cormier W, Cormier Sh. Estrategia de entrevista para terapeutas, 3edición, Editorial Desclée de Brouwer. España, 2000.
3. Dattilio F, Padesky Ch. Terapia Cognitiva con Parejas 2 Edición Editorial DDB. España, 2000.
4. Framo J. Exploraciones en terapia Familiar y matrimonial. Editorial DDB España, 1990.
5. Hoffman Lynn, Fundamentos de la Terapia Familiar. 4ª. edición, editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1998.
6. Liberman R, Wheeler E, de Visser L, Kuehnel J, Kuehnel T. Manual de Terapia de Pareja, 52 edición. Editorial DDB. España, 1987.
7. Minuchin S, Fishman, Ch. Técnicas de Terapia Familiar Paidós. Buenos Aires, 1997.
8. Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing, circularity, Neutrality: Three guidelines for the conducto of the session. Family Process. Marzo 1980; 19 (1) : 3-12.
9. Zuk G. Psicoterapia Familiar 1a edición. Fondo de Cultura Económica. México 1993

Los tratamientos farmacológicos (Gran parte de la información sobre las características y propiedades de los psicofármacos se extrajo de la información proporcionada por las casas farmacéuticas directamente o a través de la Internet).

1. Benkert O, Hippius H. Farmacoterapia psiquiátrica. Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona, 1981.
2. Fish, B. Drug therapy in child psychiatry: pharmacological aspects. Comprehensive Psychiatry, 1:212-227, 1960.
3. Frommer EA. Management of medical treatment in childhood psychiatric disorders. En Childhood Psychopharmacology: current concepts. Advances in Biological Psychiary 2, J. Mendlewicz, HM van Praag, Karger-Basel, pp. 37-49, 1978.
4. Greaf JW. Terapéutica pediátrica. Salvat. Barcelona, 1990.
5. Harwood AS. Neurodevelopment and mood stabilizers. Curr Mol Med. 2003 Aug; 3(5): 472-82.
6. Klein D, Gittelman-Klein R. Progress in Psychiatric Drug Treatment, vol. 2, Brunner-Mazel. New York, 1976.

7. Romano Vásquez PE. Psicofarmacología en Psiquiatría Infantil. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Libro 2. Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1999.
8. Stahl SM. Essential Psychopharmacology : Neuroscientific Basis and Practical Applications. Cambridge University Press. UK. 2002.
9. Werry J. Pediatric Psychopharmacology. Brunner-Mazel. New York, 1978

Otros tratamientos

1. Bergés J, Bounes M. La relajación terapéutica en la infancia. Toray-Masson. Barcelona, 1977.
2. Hewett FM. The emotionally disturbed child in the classroom. Allyn and Bacon. Boston, 1968.

Estados depresivos

1. Beck AT, Rush AJ. Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología, 1978
2. Findling RL, Reed MD, Blumer JL. Pharmacological treatment of depression in children and adolescents. Pediatr Drugs. Jul-Sept; 1(3):161-82, 1999.
3. Krakowski AJ. Depressive reactions of childhood and adolescence. Psychosomatics, 11:429-433, 1970.
4. Romano Vásquez PE. Psicofarmacología en Psiquiatría Infantil. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Libro 2. Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1999.

Trastorno de ansiedad generalizada

1. Allen AJ, Leonard H, Swedo SE. Current knowledge of medications for the treatment pf childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Aug; 34(8):976-86, 1995.
2. Murphy TK, Bengston MA, Tan JY, Carbonell E, Levin GM. Selective serorotin reuptake inhibitors in the treatment of pediatric anxiety disorders: a review. Int Clin Psychopharmacol. Aug; 15 Suppl 2:S47-63, 2000.
3. Nash LT, Hack S. The pharmacological treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Expert Opin Pharmacother. May; 3(5):555-71, 2002.
4. Robertson J, Bowlby J. Responses of young children to separation from their mothers: II Observations of the sequences of response of children aged 18-24 months during the course of separation. Courrier, 2:131-142, 1952.

Fobias

1. Marks IM, Gelder MG. A controlled retrospective study of behavior therapy in phobic patients. Brit J Psychiatry, 111:561-573, 1965.
2. Miller LC, Barret CL, Hampe E. Phobias of childhood in prescientific era. En A, Davis: Child Personality and Psychopathology: Current topics. Wiley & Sons.New York, 1974.

Trastorno obsesivo-compulsivo

1. Adams P., Obssesive Children: A Sociopsychiatric Study. London: Butterworth, 1973.
2. Berman L. Obssesive compulsive neuroses in children. J Nerv Ment Dis 95:26-39, 1942.
3. Geller DA, Biederman J, Reed ED, Spencer T, Wilens TE. Similarities in response to fluoxetine in the treatment of children and adolescents with obssesive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Jan; 34(1):36-44, 1995.
4. Leonard HL, Rapoport JL. Pharmacotherapy of childhood obssesive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. Dec; 12(4):963-70, 1989.

5. Leonard HL, Swedo SE. Paediatric autoinmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). Int J Neuropharmacol. Jun; 4(2):191-8, 2001.
6. Mavrogiorgou P et al. P300 subcomponents in obssesive-compulsive disorder. J Psychiatr Res. Nov-Dec; 36(6):399-406, 2002.
7. Mundo E et al. 5HT1Dbeta receptor gene implicated in the pathogenesis of obssesive-compulsive disorder: further evidence from a family-based association study. Mol Psychiatry. 7(7):805-9, 2002.
8. Russell A, Cortese B, Lorch E, Ivey J, Banerjee SP, Rosenberg DR. Localized functional neurochemical marker abnormalities indorsolateral prefrontl cortex in pediatric obssesive-compulsive disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol. 13 Suppl. 1:S31-8, 2003.
9. Zohar J, Chopra M, Sasson Y, Amiaz R, Amital D. Obssesive compulsived disorder: serotonin and beyond. World J Biol Psychiatry Apr; 1(2):92-100, 2000.

Trastornos conversivos

1. Rock NL. Conversion reactions in childhood: a clinical study on childhood neuroses. J Am Acad Child Psych 10:65-93, 1971.

Trastorno de despersonalización-desrealización

1. Hunter EC, Pjillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS. Depersonalization disorder: a cognitive-behavioural conceptualization. Behav Res Ther. Dec; 41(12):1451-67, 2003.
2. Phillip ML, Sierra M. Depersonalization disorder: a functional neuroanatomical perspective. Stress. Sep; 6(3):157-65, 2003.
3. Sierra M et al. Autonomic response in depersonalization disorder. Arch Gen Psychiatry. Sep;59(9):833-8, 2002.
4. Simeon D, Guralnick O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. Am J Psychiatry. Jul;158(7):1027-33, 2001.
5. Stanton BR et al. Basal activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with depersonalization disorder. Psychiatry Res. Oct 10;104(1):85-9, 2001.

Trastornos somatomorfos

1. Friedrixh WN, Scafer LC. Somatic syntoms ins sexually abused children. J. Pediatr Psychol. Oct; 20(5):661-70, 1996.
2. Garralda ME. Somatization in children. J. Child Psychol Psychiatry. Jan; 37(1):13-33, 1996.

3. Livingstone R, Witt A, Smith GR. Families who somatize. J Dev Behav Pediatr. Febr;16(1):42-6, 1995.

Mutismo selectivo

1. Black B, Uhde TW. Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Sep; 33(7):1000-6, 1994.
2. Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J. Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. May; 35(5):615-21, 1996.
3. Gordon N. Mutism: elective or selective and adquired. Brain Dev Mar;23(2):83-7, 2001.
4. Kumpulainen K. Phenomenology and treatment of selective mutism. CNS Drugs 16(3):175-80, 2002.
5. Shreeve DF. Elective mutism: origins in stranger anxiety and selective attention. Bull Menninger Clin. 55(4);491-504, 1991.

6. Steinhausen HC, Adameck R. The family history of children with elective mutism: a research report. Eur Child Adoles Psychiatry. Jun;6(2):107-11, 1997.

Trastornos de conducta disocial

1. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurociencia: Explorando el Cerebro. Masson. Barcelona 2002.
2. Herbert M. Conduct Disorders of Childhood and Adolescence: a behavioral approach to assesment and treatment. John Wiley & Sons, 1978.
3. Lorenz K. El comportamiento animal y humano. Plaza & Janés, Editores. 1974.
4. Mussen PH, Conger JJ, Kagan J. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Editorial Trillas 3ª edición. México, 1972.
5. Winsberg B, Yepes L, Bialer I. Pharmacological management of children with hyperactive/aggressive/inattentive behavior disorders. Clinical Pediatrics, 15:471-477, 1976.

Trastorno hipercinético

1. Bakker SC et al. A whole-genome scan in 164 Dutch sib pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: suggestive evidence for linkage on chromosomes 7p and 15q. Am J Hum Genet. May;72(5):1251-60, 2003.
2. Barkley RA. A review of stimulant drug research with hyperkinetic children. J Child Psychol Psychiatry 18:347-358, 1977.
3. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Guilford. New York, 1990.
4. Biderman J, Faraone SV. Current concepts on the neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Atten Disord. Suppl 1:S7-16, 2002.
5. Christopher J et al. Atomoxetine and Methylphenidate Treatment in Children With ADHD: A Prospective, Randomized,Open-Label Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Jul, 4:7, 2002.
6. Durston S. A review of the biological basis of ADHD: what have we leraned from imagin studies? Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 9(3):184-95, 2003.
7. Fischer SE et al. A genomwide scan for loci involved in attention-deficit hyperactivity disorder. Am J Hum Genet. May; 70(5):1183-96, 2002.
8. Garfinkel BD, Bender PH. Tricyclic antidepressant and metilphenidate treatment of Attention Deficit Disorder. J Am Child Psych. 22:343-348, 1983.
9. Hawi Z et al. Serotoninergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a potential susceptibility locus at the 5-HT(1B)receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample. Mol Psychiatry. 7(7):718-25, 2002.
10. Mill J, Fischer N, Curran S, Richards S, Taylor E, Asherson P. Polymorphisms in the dopamine D4 receptor gene and attention-deficit hyperactivity disorder. Neuroreport Aug;14(11):1463-6, 2003.
11. Ogdie MN et al. A genomewide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in an extended sample: suggestive linkage on 17p11. Am J Hum Genet. May;72(5):1268-79, 2003.
12. Quist JF et al. The serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. Mol Psychiatry. Jan;8(1):98-102, 2003.
13. Retz W, Rosler M, Supprian T, Retz-Junginger P, Thome J. Dopamine D3 receptor gene polymorphism and violent behavior: relation to impulsiveness and ADHD-related psychopathology. J Neural Transm May;110(5):561-72, 2003.
14. Ross DM, Ross SA. Hyperactivity: current issues, research and theory, 2a ed. John Wiley & Sons. New York, 1982.
15. Smalley SL et al. Genetic linkage of attention-deficit hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. Am J Hum Genet. Oct; 71(4):959-63, 2002.

16. Viggiano D, Vallone, D, Ruocco LA, Sadile AG. Behavioural, pharmacological, morpho-functional molecular studies reveal a hyperfunctioning mesocortical dopamine system in a animal model of attention deficit hyperactivity disorder. Neurosci Biobehav Rev Nov;27(7):683-9, 2003.

Trastornos de la conducta sexual

1. Becker JV. Citado en Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters. Supplement to J Am Acad Child Adol Psych, vol. 38, Number 12, 1999.

Esquizofrenia

1. Belfort E. La esquizofrenia y la familia. En: Aspectos neurocognoscitivos de la Esquizofrenia. Téllez-Vargas J. y López-Matos A. Nuevo Milenio Editores. Bogotá 2001.
2. Bleuler EP. Lo fisiogénico y lo psicogénico en la esquizofrenia. En Psicopatología y Personalidad, Th. Millon. Nueva Editorial Interamericana. México, pp. 18-22, 1974.
3. Cannon TD, van Erp TG, Barden CE, Loewy R, Thompson P, Toga AW, Huttunen MO, Kchsuan MS, Seidman LJ, Tsuang MT. Early and late neurodevelopmental influences in the prodrome to schizophrenia: contributions of genes, enviroment, and their interactions. Schizophr Bull. 2003; 29(4): 653-59.
4. De Haan L, Baker JM. Overview of neuropathological theories of schizophrenia: from degeneration to progressive developmental disorder. Psychopatology 2004 Jan-Feb; 37(1): 1-7.
5. Demirhan O, Tastemir D. Chromosome aberrations in a schizophrenia population. Schizophr Res. 2003 Dec 1; 65(1): 1-7.
6. Eastwood SL. The sinaptic pathology of schizophrenia: is aberrant neurodevelopment and plasticity to blame? Int Rev Neurobiol. 2004;59:351-80.
7. Edgell HG, Kolvin I. Childhood Hallucinations. J. Child Psychol Psychiat. 13: 279-287, 1972.
8. Goldfarb W. Self awareness in schizophrenic children. Archives of General Psychiatry, 8:47-60, 1963.
9. Heinz A, Romero B, Gallinat J, Juckel G, Weinberger DR. Molecular brain imaging and the neurobiology and genetic of schizophrenia. Pharmacopsychiatry 2003 Nov; 36 Suppl. 3: S 152-7.
10. Hemmings SM et al. Investigating the role of dopaminergic and serotoninergic candidate genes in obssesive-compulsive disorder. Eur Neuropsychopharmacol. Mar; 13(2):93-8, 2003.
11. Hendrickson WJ. Etiology in childhood schizophrenia: an evaluation of current views. Nervous Child, 10:9-18, 1952.
12. Kolvin I, Ounsted C, Humphrey M, McNay A. Studies in the childhood psychoses II: The phenomenology of childhood psychoses. Brit. J. Psychiat. 118: 385-395, 1971.
13. López C, Agudelo A, Gómez J, Ruíz-Linares A, Ospina Duque J. Aspectos Genéticos. En: Aspectos neurocognoscitivos de la Esquizofrenia. Téllez-Vargas J. y López-Matos A. Nuevo Milenio Editores. Bogotá 2001.
14. Miyamoto S, Lamantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman SA. Recent advances in the neurobiology of schizophrenia. Mol Interv. 2003 Feb; 3(1):27-39.
15. Sackler MD, Sackler RR et al. A psychobiological viewpoint of schizophrenia in childhood. Nervous Child, 43-59, 1952.
16. Schorser A, Fuchs K, Leisch F, Bailer U, Meszaros K, Leusinger E, Willinger U, Strobe R, Heiden A, Gebhardt C, Kasper S, Sieghart W, Hawick K, Ashauer HN. Possible linkage of schizophrenia and bipolar affective disorder to chromosome 3q29: a follow up. J Psychiatr Res. 2004 May-Jun; 38(3): 357-64.

17. Yasuno F, Suhara T, Ichimiya T, Takano A, Ando T, Okubo Y. Decreased 5-HT1A receptor binding in amygdala of schizophrenia. Biol Psychiatry. 2004 Mar 1; 55(5):439-44.

Trastorno bipolar

1. Baumann B, Normann C, Bielau H. Neurobiological principles of bipolar affective disorder. Nervenarzt 2003 Jul; 74(7): 607-23.
2. Burns GS, Nemeroff CB. The neurobiology of bipolar disorder. Am J Med Genet. 2003 Nov 15; 123 C(1): 76-84.
3. Dickstein DP, Treland JE, Snow J, McClure EB, Mehta MS, Towbin KE, Pine DS, Leibenluft E. Neuropsychological performance in pediatric bipolar disorer. Biol Psychiatry 2004 Jan 1; 55(1): 32-9.
4. Konradi C, Eaton M, MacDonald ML, Walsh J, Benes FM, Heckers S. Molecular evidence for mitochondrial dysfunction in bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 2004 Mar; 6(3): 300-8.
5. Mathews CA, Reus VI. Genetic linkage in bipolar disorder. CNS Spectr. 2003 Dec; 8(12): 891-904.
6. Ranade SS, Mansour H, Wood J, Chowdari KV, Brar LK, Kupfer DJ, Nimgaonkar VL. Linkage and association between serotonin 2A receptor gene polimorphsims and bipolar I disorder. Am J Genet. 2003 Aug 15; 121B(C1) 28-34.
7. Schorser A, Fuchs K, Leisch F, Bailer U, Meszaros K, Leusinger E, Willinger U, Strobe R, Heiden A, Gebhardt C, Kasper S, Sieghart W, Hawick K, Ashauer HN. Possible linkage of schizophrenia and bipolar affective disorder to chromosome 3q29: a follow up. J Psychiatr Res. 2004 May-Jun; 38(3): 357-64.
8. Tumuluru EV, Séller EB, Fristad MA, Séller RA. Mania in six preschool children. J Child Adoles Psychopharmacol. 2003 Winter; 13(4): 489-94.
9. Vieira RM, Gauer GS. Posttraumatic stress disorder and bipolar mood disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2003 Jun; 25 Suppl. 1:55-61.
10. Washizuka S, Kakiuchi C, Mori K, Kunugi H, Tajima O, Akiyama T, Nanko S, Kato T. Association of mitochondrial complex 1 subunit genes NDUFV2 at 18p11 with bipolar disorder. Am J Med Genet. 2003 Jul 1; 120B(1): 72-8.

Síndrome de autismo

1. Barnea-Goraly N, Kwon H, Menon V, Eliez S, Lotspeich L, Reiss AL. White matter structure in autism: preliminary evidence from difussion tensor imaging. Biol Psychiatry. Feb; 1;55(3):323-6, 2004.
2. Amaral DG, Bauman MD, Schumann CM. The amygdala and autism: implications from non-human primate studies. Genes Brain Behav. Oct;2(5):295-302, 2003.
3. Bauman ML, Kemper TL. The neuropathology of the autism spectrum disorders: what have we learned? Novartis Found Symp. 251:112-22, 2003.
4. Buxbaum JD et al. Linkage analysis for autism in a subset families with obssesive-compulsive behaviors: Evidence for an autism susceptibility gene on chromosome 1 and further support for susceptibility genes on chromosome 6 and 19. Mol Psychiatry. Feb; 9(2):144-150, 2004.
5. Courchesne E, Carper R, Akshoomoff N. Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. JAMA. Jul; 16;290(3):393-4, 2003.
6. Heerey EA, Keltner D, Capps LM. Making sense of self-consciuos emotion: linking theory of mind and emotion in children with autism. Emotion. Dec;3(4):394-400, 2003.
7. Jamain S, Betancur C, Giros B, Leboyer M, Bourgeron T. Genetis of autism: from genome scans to candidate genes. Med Sci (Paris). Nov; 19(11):1081-90, 2003.
8. Kanner L. La Psiquiatría Infantil. Editorial Siglo Veinte, 4a edición. Buenos Aires, 1976.
9. Keller F, Persico AM. The neurobiological context of autism. Mol Neurobiol. Aug; 28(1):1-22, 2003.

10. Liu J y et al. A genomewide screen for autism susceptibility loci. Am J Hum Genet. Aug; 69(29):327-40, 2001.
11. Rubenstein JL, Mezernich MM. Model of autism: increased ratio of excitation/inhibition in key neural systems. Genes Brain Behav. Oct; 2(5):255-67, 2003.
12. Rutter M. Infantile Autism: concepts, characteristics and treatment. Churchill-Livingstone. London, 1971.
13. Rutter M. Autism: A reppraisal of concepts and treatment. Plenum Press. New York, 1978.
14. Sing VK, Rivas WH. Prevalence of serum antibodies to caudate nucleus in autistic children. Neurosci Lett. Jan 23;355(1-2):53-6, 2004.
15. Smith M et al. Molecular genetic delineation of a deletion of chromosome 13q12--> q13 in a patient with autism and auditory procesing deficits. Cytogenet Genome Res. 98(4):233-9, 2002.
16. Sokol DK, Edwards-Brown M. Neuroimain in autistic spectrum disorder. J Neuroimaging. Jan; 14(1):8-15, 2004.

Síndrome de Asperger

1. Asperger H. Die Autistichen Psychopaten im Kindesalter. Arch Fur Psychiatrie und Nervekrankehaiten. 117:76-136, 1944.
2. Casanova MF, Buxhoeveden DP, Switala AE, Roy E. Asperger' s syndrome and cortical neuropathology. J Child Neurol. Feb; 17(2):142-5, 2002.
3. McAlonan GM et al. Brain anatomy and sensorimotor gatin in Asperger's syndrome. Brain. Jul; 125(Pt 7):1594-1606, 2002.
4. Murphy DG et al. Asperger syndrome: a proton magnetic resonance spectroscopy of brain. Arch Gen Psychiatry. Oct;59(10):885-91, 2002.
5. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med. 11:115-129, 1981.

Síndrome de Rett

1. Akbarian S. The neurobiology of Rett syndrome. Neuroscientist. Feb;9(1):57-63, 2003.
2. Armostrong DD. Neuropathology of Rett syndrome. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 8(2) :72-6, 2002.
3. Dunn HG et al. Rett syndrome: investigation of nine patients, including PET scan. Can J Neurol Sci. Nov; 29(4):345-57, 2002.
4. Hammer S, Dorrani N, Dragich J, Kudo S, Schanen C. The phenotypic consequences of MECP2 mutations extend beyond Rett syndrome. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 8(2)94-8, 2002.
5. Riikonen R. Neurotrophic factors in the pathogenesis of Rett syndrome. J Child Neurol. Oct; 18(10):693-7, 2003.
6. Shahbazian MD, Sun Y, Zoghbi HY. Balanced X chromosome inactivation patterns in the Rett syndrome brain. Am J Med Genet. Aug 1;111(2):164-8, 2002.
7. Van den Veyver IB, Zoghbi HY. Genetic basis of Rett syndrome. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 8(2) :82-6, 2002.
8. Weaving LS et al. Effects of MECP2 mutation type, location and X-inactivation in modulating Rett syndrome phenotype. Am J Med Genet. Apr 15;118A(2):103-14, 2003.

Trastorno desintegrativo de la infancia

1. Russo M, Perry R, Kolodny E, Gillberg C. Heller syndrome in a pre-school boy. Proposed Medical evaluation and hypothesized pathogenesis. Eur Child Adolesc Psychiatry, Sep. 5(3):172-7, 1996.

Retardo mental

1. Ramos Palacios M. Deficiencia Mental. B.M. Editores. México, 1968.
2. Smith DW. Atlas de Malformaciones Somáticas en rl Niño. Editorial Pediátrica. Barcelona, 1972.

Trastornos del desarrollo sexual

1. Chung WC, De Vries GJ, Swaab DF. Sexual diferentiation of the bed nucleus of the striatal terminalis in humans may extend into adulthood. J Neurosci. Feb 1:22(3):1027-33, 2002.
2. Sadeghi M, Fakhrai A. Transexualism in a female monozygotic twins: a case report. Aust NZJ Psychiatry. Oct 34(5):862-4, 2000.

Trastornos de la conducta alimentaria

1. Barbarich NC, Kaye WH, Jimerson D. Neurotransmiter ND imaging studies in anorexia nervosa: new targets for treatment. Curr Drug Targets CNS Neurol Disord. 2003 Feb;2(1);61-72.
2. García-Camba E. Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual, en Avances en Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Colección de Psiquiatría Médica. Masson, Barcelona 2002.
3. Riccioni G, D´Orazio N, Menna V, Lambo MS, Guagnano MT, Di Hio C. Role of leptin in anorexia nervosa. Clin Ter. 2003 Nov-Dec;154(6):401-4

Trastornos no orgánicos de los esfínteres

1. Brooks LJ, Topol HI. Enuresis in children with sleep apnea. J Pediatr. 2003 May;142(5):515-8
2. Cormier M, Jonson B, Ameri M, Nyam K, Libiran L, Zhang DD, Daddona P. Transdermal delivery of desmopressin using a coated microneedle array match system. J Control Release. 2004 Jul 7;97(3):503-11.
3. Gera T, Seth A, Mathew JL. Nocturnal Enuresis in Children. The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology 2001, Vol. 2-1.
4. Kawachi A, Tanaka Y, Naito Y, Yamao Y, Ukimura O, Yoneda K, Mitzutani Y, Miki T. Bladder capacity at the time of enuresis. Urology 2003 May 6(5):1016-

Trastorno de tics y Gilles de la Tourette

1. Shapiro AK, Shapiro ES, Bruun RD, Sweet RD. Gilles de la Tourette Syndrome. Raven Press. New York, 1978.

Tricotilomanía

1. Block C, West SA, Baharoglu B. Paroxetine treatment of trichotillomania in adolescent. J. Child Adolesc Psychiatry. 8(1):69-71, 1998.
2. Byrd MR, Richards DF, Hove G, Friman PC. Treatment of early hair pulling as a simple habit. Behav Modif. Jul 26(3):400-11, 2002.
3. Stein DJ, Simeon D, Cohen LJ, Hollander E. Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. Suppl. 56, 4:28-34, 1995.
4. Van Amerigen M, Mancini C, Oakman JM, Farvolden P. The potental role of haloperidol in the treatment of trichotillomania. J.Affect Disord. Dec 56(2-3):219-26, 1999.

Trastorno de estereotipias motrices

1. Canales JJ, Grabiel AM. A measure of striatal function predicts motor estereotypi. Nat Neurosci. Apr 3(4):377-83, 2000.

Psiquiatría de la primera infancia (de o a 3 años)

1. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health. Geneva, World Health Organization, 1951.
2. Classification Francaise des Troubles Mentaux de L'Enfant et de L'Adolescent. CFTMEA R-2000. Pag. Web http//psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/cftmea 1b.html
3. Kansas Asociation for Infant Mental Health. http://www.kaimh.org./index.htlm
4. Martín Maldonado-Durán J. La clasificación de los trastornos de la salud mental y del desarrollo en la lactancia e infancia. http://www.kaimh.org./zeroatres.htm

Urgencias en psiquiatría pediátrica

1. Rund DA. Lo Esencial de las Urgencias Médicas, Manual moderno, 2ª. edición, 1989, México.
2. Skaikeu, K. Manual moderno: Intervención en crisis, 2ª. edición, México 1996.

Psiquiatría pediátrica de enlace

1. Bejarano P, Jaramillo I. Morir con dignidad. Amazonas Editores, Bogotá 1992.
2. Bordín C. La muerte y el morir en pediatría. Editorial lumen, Buenos Aires, 1997
3. Cassem N. Psiquatría de enlace en el hospital general. 3ª edición. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994.
4. Cervilla J, García-Ribera C. Fundamentos biológicos en Psiquiatría. Masson S.A. Barcelona, 2000.
5. Ciraulo D, Shader R, Greenblatt D, Greelman W. Drugs interactions in Psychiatry. Williams& Wilkins. 1995.
6. Daniel i Llach M. Aspectos psicológicos del dolor infantil, Rev Soc Esp Dolor 1997; 4 Supl 1: 18-23.
7. Fonnegra I. De cara a la Muerte. Intermedio Editores. Bogotá, 1999.
8. Galvez R, López F, Ruiz S, Manejo del dolor oncológico infantil Rev Soc Esp Dolor 1997; 4 sup 1:82-90
9. Gómez J, Posada A, Ramírez H. Puericultura. El arte de la crianza. Ed. Panamericana. Bogotá, 2000.
10. Hymovich D, Hagopian G. Chronic Illness in children and adults. Ed Saunders, 1992.
11. Kazak A, Stuber m, Barakat L, Meeske K, Guthrie D, Meadows A. Predicting posttraumatic Stress symptoms in Mothers and Fathers of survivors of Childhood Cancers, J. Am Acad Adolesc Psychiatry, 37:8, august 1998.
12. Lozano M, Ramos JA. Utilización de los psicofármacos en Psiquiatría de enlace. Masson S.A. Barcelona, 2002.
13. Schatzberg A, Nemeroff C. Textbook of Psychopharmacology. The American Psychiatric Press. Washington.
14. Simmons J. Exploración psiquiátrica del niño. Salvat. Barcelona, 1977.
15. Spinetta J, Spinetta P. Living with childhood cancer. Ed Mosby, 1981.
16. Green WH. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. Williams & Wilkins. Baltimore/London, 1995.
17. Wellman H. Desarrollo de la teoría del pensamiento en los niños. Editorial Desclee de Broker S.A. Bilbao, 1995.
18. Worden, W El tratamiento del duelo. Paidós. España, 1997.

Psiquatría pediátrica forense

1. Ceci S, Bruck M. Jeopardy in the Courtroom, American psychological association, 1995.
2. Código de la Familia y el Menor. Edición actualizada. Editorial Mizrachi & Pujol. 4ª edición. Bogotá, 2001.

3. Convenio sobre infancia ratificados por la República de Panamá. UNICEF-Panamá y Ministerio de Relaciones de Panamá.
4. Glase D, Frosh, S. Abuso Sexual de niños. Paidós, Buenos Aires, 1998.
5. Marcó J, Martí JL. Pons R. Psiquatría forense, Salvat Editores, Barcelona, 1990.
6. Robson K. Manual of Clinical and Adolescent Psychiatry. The American Psychiatric Press. Washington, 1994.
7. Sattler Jerome, Clinical and forensic interviewing of children and families, Sattler Publishers Inc 1998 .
8. Soriano F J. Prevención y detección del maltrato infantil. PrevInfad (grupo de trabajo AEPap / PAPPS semFYC). Nov. 2001.
9. Volnovich, J. Abuso sexual en la infancia, Grupo Editorial Lumen, Argentina, 2 edición, 2002.